BÉRENGER-FÉRAUD

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DES EUROPÉENS AU SÉNÉGAL

2

TRAITÉ CLINIQUE

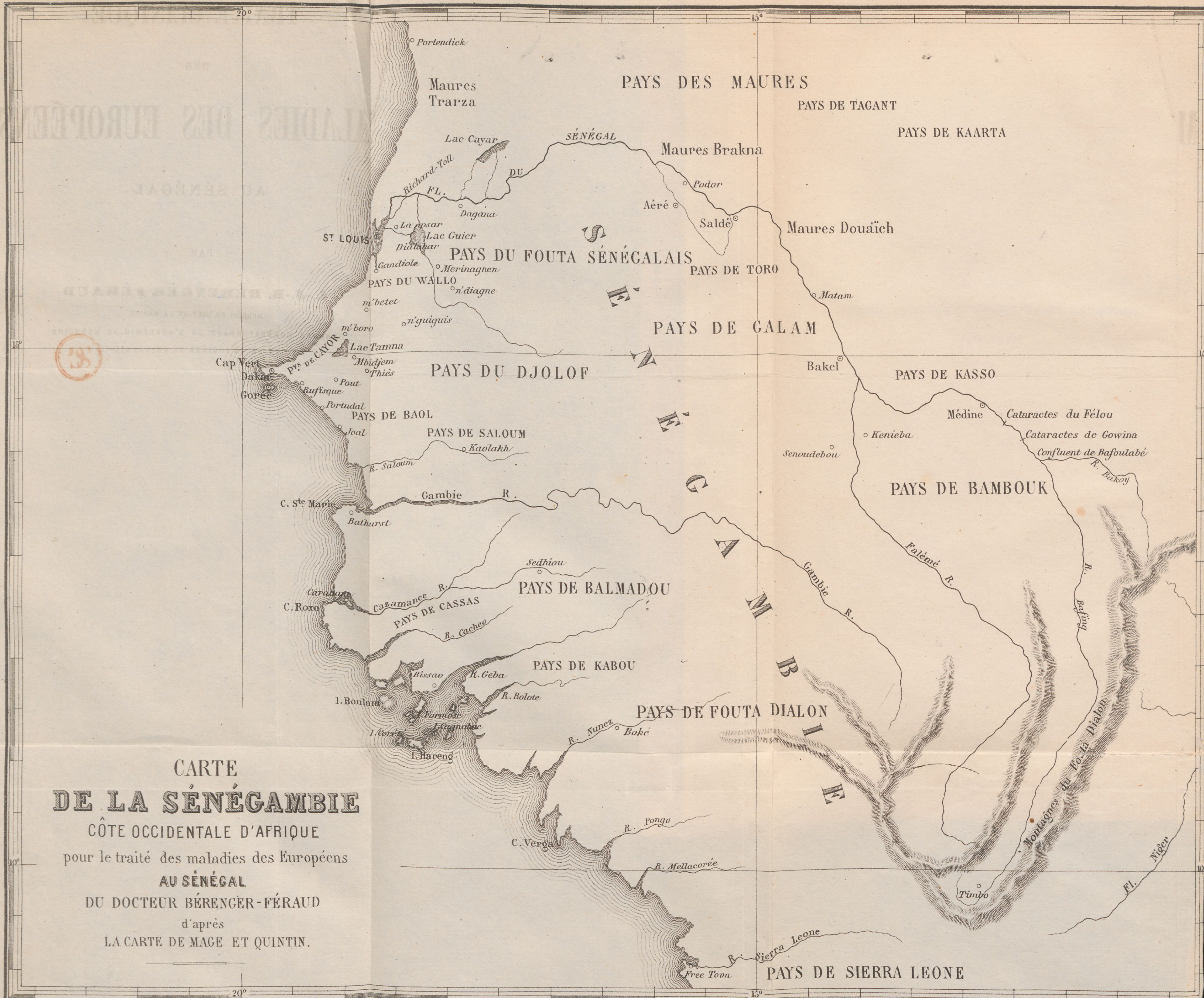
DES

MALADIES DES EUROPÉENS

AU SÉNÉGAL

II

PARIS. — IMP. VICTOR GOUPY, 71, RUE DE RENNES.



Gravé par L. Sonnet.

Paris _ Imp. Bry, 139, r. de Sèvres

TRAITÉ CLINIQUE

DES

MALADIES DES EUROPÉENS

AU SÉNÉGAL

PAR

L.-J.-B. BÉRENGER FÉRAUD

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

TOME SECOND

PARIS
V. ADRIEN DELAHAYE ET Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
1878

INTRODUCTION

Au moment où je livrais à l'impression le premier volume de ce travail sur les maladies des Européens au Sénégal, les obligations du service me commandaient de repartir pour les colonies, c'est-à-dire que, pendant que je reprenais la mer pour aller faire un nouveau temps de séjour colonial, le tirage de ce livre s'effectuait. C'est à la Martinique que j'ai corrigé les épreuves de la plus grande partie de l'ouvrage ; par conséquent, ces épreuves ont eu au moins deux fois à traverser l'Atlantique, ce qui, malgré la merveilleuse rapidité des communications trans-océaniques, a entraîné une assez grande longueur de temps.

Que le lecteur me permette de lui faire remarquer cette particularité dès le début, car je ne dois pas lui cacher que je fournis cette indication un peu comme une justification ; et, en effet, chacun sait la difficulté qu'il y a à éviter mille petites erreurs, mille petits oublis dans un livre qu'on imprime même alors que l'auteur habite le pays où l'ouvrage se tire. *A fortiori*, on comprendra que la distance, la lenteur des communications ont dû laisser se glisser de nombreuses imperfections dans ce travail, qui est un peu comme un écrit du premier jet dont le manuscrit aurait été imprimé sans être revu.

Dans les conditions où je me suis trouvé du fait de ma position militaire, j'avais à choisir entre ces deux alternatives : ou bien de produire un travail relativement imparfait, ou bien d'attendre de longues années pour publier cette étude sur les maladies des Européens au Sénégal. Nombre de gens penseront que j'aurais dû prendre le dernier parti, et j'avoue que, si je n'avais consulté que mon petit désir de paraître aux yeux du lecteur un écrivain suffisamment élégant dans son style, j'aurais penché de ce côté. Mais

cependant, en réfléchissant aux difficultés que j'avais éprouvées moi-même au début de mon séjour au Sénégal par le fait du manque d'un ouvrage capable de me renseigner sur les allures de la pathologie du moment, en songeant à l'utilité qu'un pareil ouvrage pourrait avoir pour mes jeunes camarades appelés à séjourner et pratiquer dans les âpres pays de la Sénégambie, je me suis décidé à faire cette publication malgré les grandes imperfections qui devaient résulter de mon éloignement de France au moment où le livre s'imprimait.

Au fait, me suis-je dit, mieux vaut quelque chose d'imparfait que rien, car aujourd'hui le livre de Thévenot sur le Sénégal est bien insuffisant pour les médecins et celui de Dutrouleau est trop général, envisagé dans un ordre restreint, un horizon trop vaste, pour avoir toute l'utilité désirable dans les mains des médecins appelés par le service au Sénégal.

Voilà pourquoi je me suis décidé à présenter au public médical un livre qui peut à bon droit subir le reproche d'avoir un style peu châtié à certains endroits, d'avoir des fautes de ponctuation et des erreurs typographiques, qu'une correction plus complète et plus attentionnée des épreuves aurait certainement fait disparaître.

Je viens de dire que je me suis décidé à publier ce livre, pensant que ceux de Thévenot et de Dutrouleau étaient insuffisants aujourd'hui. Pourrait-il venir à la pensée de quelqu'un que j'aie voulu ainsi jeter un blâme ou une défaveur sur ces ouvrages ou sur ces hommes? Non, je l'espère, mille fois non, une pareille mauvaise pensée ne saurait germer, et je dois ajouter que j'en éprouverais un si profond chagrin que je veux écarter même jusqu'à l'ombre d'un malentendu sur ce sujet.

Certes, si quelqu'un a apprécié la grande valeur scientifique du livre de Thévenot, c'est moi ; j'ai lu et relu maintes fois ce livre dans le pays, bien plus, sur la table même où il a été écrit, et je me souviens encore de la respectueuse émotion que j'ai éprouvée en trouvant dans les papiers oubliés par mon éminent prédécesseur des feuilles de son manuscrit. Ce livre de Thévenot, je l'ai trouvé profondément vrai en le lisant dans le pays même. J'ai pu, à trente ans de distance, reconnaître que ses prévisions étaient justes, que ses prédictions s'étaient réalisées. Donc, je le répète, on ne saurait, sans me calomnier, me prêter la pensée d'avoir voulu en rabaisser le mérite.

Mais, ceci étant dit, qu'on me permette de rappeler que, lorsque dans un livre de 394 pages d'un caractère peu compacte, un auteur a étudié la topographie, la météorologie, les produits végétaux et animaux, la démographie, les maladies et l'hygiène d'un pays et, bien plus, qu'il a fait un appendice traitant des hôpitaux de la Martinique, on peut bien avancer, sans passer pour médisant ou présomptueux, que de nouvelles études sur la pathologie du Sénégal sont justifiées.

Quant à ce qui est du livre de Dutrouleau, nul peut-être plus que moi n'est disposé à trouver qu'il est d'une immense utilité pour le médecin de la marine; mais bien que plus volumineux et plus compacte, bien qu'étant fait sur un cadre moins vaste, je crois que ceux qui l'ont étudié, au Sénégal même, seront de mon avis : qu'il n'est pas assez étendu et pas assez spécial pour donner une idée complète de la pathologie et les allures de cette pathologie dans les pays sénégambiens.

Si on ne m'accuse pas d'avoir voulu rabaisser la grande utilité des livres précités, aurait-on la méchante pensée de croire que j'aie voulu diminuer la réputation si justement méritée de ces deux hommes dont les médecins de la marine répètent le nom avec un légitime orgueil : Thévenot, Dutrouleau? Non, mille fois non encore. A trente ans de distance, j'ai eu l'honneur d'être le successeur de ces hommes éminents, et je dois déclarer que la haute idée que je me suis faite de leur mérite est telle, que mon ambition a été de les prendre pour modèles, de marcher sur leurs traces, de les imiter.

Certes, je n'hésite pas à reconnaître que, non-seulement, ils ont fait mieux que moi, mais encore je me plais à proclamer qu'ils ont infiniment plus de mérite parce que si je les ai eus, moi, comme modèles, ils ne possédaient pas, eux, des ouvrages aussi complets, aussi sagement pensés et aussi brillamment écrits. Mais, néanmoins, après ces remarquables travaux et pour les raisons que j'ai données, je persiste à penser que mon modeste labeur est justifié, a eu sa raison d'être.

Si l'obligation dans laquelle je me suis trouvé de venir servir à la Martinique a nui sous certains rapports au présent livre, en revanche je dois déclarer qu'il a été de la plus grande utilité pour mon instruction personnelle, et pour fixer mes idées au sujet de la pathologie dite exotique. En effet, les hasards de la navigation

m'avaient toujours fait faire mes campagnes inter-tropicales sur la côte occidentale d'Afrique, j'avais vu dans des pays paraissant très-divers au premier aspect, depuis le Sénégal jusqu'au Gabon, diverses allures de la maladie, certaines influences étiologiques comme le paludisme, par exemple, réagir souverainement, chez l'homme en état de cette santé précaire qui est le lot de tous les Européens dans ces régions, comme chez l'homme malade. Aussi, malgré moi ou pour mieux dire à mon insu, j'étais arrivé à envisager la pathologie exotique sous des couleurs spéciales, à avoir certaines convictions que je croyais inébranlables, parce que je croyais avoir par devers moi des faits probants contre lesquels je n'avais vu aucune objection s'élever, aucun fait montrer le contraire.

En septembre 1875, lorsque je reçus l'ordre d'aller diriger le service de santé à la Martinique, je crus tout d'abord que j'allais servir dans un pays dont la pathologie me serait familière. Je relus encore une fois le livre de Dutrouleau, et je pensai être armé de pied en cap. En passant à Paris, mon illustre maître, le baron Larrey, qui non-seulement m'a puissamment aidé dans ce monde de sa haute influence, mais encore m'a donné les meilleurs conseils que j'aie reçus pour la direction de mes études, voulut bien me mettre en relations avec son ami, M. Rufiz de Lavison, qui est, on le sait, la première autorité de nos jours en fait de pathologie antillienne.

M. Rufiz de Lavison eut l'extrême obligeance de me fournir quelques excellents renseignements oraux, mais surtout il me donna un exemplaire de son travail sur les maladies de Saint-Pierre (Martinique) travail qui, sous un volume restreint, montre des horizons infinis, renseigne le praticien d'une manière plus précise et plus complète que bien de gros livres qui réclament de long mois de lecture pour être parcourus en entier. Or, pendant la traversée du steamer transatlantique qui me conduisait à mon nouveau poste je lus le travail de M. Rufiz, et je dois avouer que je ne fus pas peu étonné de voir qu'il ne conseillait pas la quinine dans maintes affections contre lesquelles il me semblait que j'aurais été prodigue de fébrifuge en me souvenant des faits de ma pratique sénégalaise.

M. Rufiz discutait d'ailleurs avec une telle lucidité et une si grande puissance d'arguments l'étiologie de diverses maladies de la Martinique, il affirmait si positivement que le paludisme ne doit pas être incriminé aussi souvent qu'on le fait généralement dans les

pays chauds, que je me promis bien de vérifier le fait par tous les moyens qui seraient en mon pouvoir.

Arrivé à Fort-de-France et une fois que j'eus pris la direction du service, je me mis, d'une part, à observer les malades; d'autre part, à lire les rapports de mes prédécesseurs, et je constatai que la pathologie martiniquaise ne ressemblait en rien à celle du Sénégal. Ici sont des influences qui n'existent pas là-bas. Dans un des deux pays, tel facteur étiologique n'a qu'un importance secondaire, douteuse, contestable, tandis que dans l'autre cette importance est primordiale, évidente, impossible à nier.

Plus que jamais, désormais j'étais converti à cette pensée que de nos jours nous n'avons pas encore des notions assez précices sur les allures de la pathologie de chacun des pays si divers qui constituent la zone tropicale pour tenter, avec quelques chances de succès, de faire un traité des maladies des Européens soit dans les pays chauds, soit même seulement dans les colonies françaises.

Comme je le dis et le répète à plusieurs reprises dans ce livre, notre rôle doit se borner dans le moment présent à étudier les maladies d'un seul pays, d'une contrée bien délimitée et bien spécifiée. C'est seulement lorsque nous aurons des documents précis sur ces diverses localités, lorsque par exemple, nous aurons un livre comme celui que je présente aujourd'hui pour le Sénégal, pour la Côte-d'Or et le Gabon, pour la Guyane, pour les Antilles, que l'on pourra faire un premier essai de synthèse en écrivant les traités des maladies des Européens dans les colonies françaises de l'Atlantique tropical.

Ce n'est qu'après que nous aurons une série de livres sur les maladies des îles de Bourbon, de Mayote, Nossi-Bé, Sainte-Marie de Madagascar, de l'Inde Française, etc., etc., que nous pourrons entreprendre d'écrire sur la pathologie de nos colonies de la mer des Indes. Ainsi de suite pour toutes les parties du monde.

Voilà donc, je ne crains pas de l'affirmer de la manière la plus positive, la tâche de nos contemporains : *faire l'histoire médicale d'une contrée peu étendue aussi complétement que possible, préparer les éléments qui entreront ensuite dans les mains d'un de nos camarades de la génération prochaine, comme les diverses unités entrent dans la numération des nombres.* — Je suis tellement convaincu de l'exactitude de cette idée, que je me suis attaché, on le voit, à étudier les maladies du Sénégal en entrant dans de longs détails. Demain je ferai paraître, j'espère, un travail analogue sur

notre colonie de la Martinique, et il est probable que, si les obligations du service me conduisent ultérieurement vers une autre de nos possessions d'outre-mer, j'en ferai l'histoire médicale sur le même cadre et avec la même attention.

Puissent mes efforts être utiles à nos camarades, à nos successeurs, mais puissent-ils surtout décider quelques-unes des médecins de la marine qui, comme moi, ont la rude tâche d'aller servir à des échéances souvent renouvelées dans les colonies, à faire ce que j'ai fait, à noter pour l'instruction des autres, les particularités intéressantes de la pathologie des pays qu'ils ont l'occasion d'habiter.

Chers camarades, au nombre desquels je compte tant d'amis, amis qui sont le faisceau le plus grand et le mieux lié des affections de mon existence! Croyez-en quelqu'un qui a dans le cœur le plus vif, le plus grand sentiment de sympathie pour le corps de santé de la marine, travaillons avec ardeur et sans relâche à recueillir les matériaux qui aboutiront à la connaissance exacte et approfondie des maladies qui atteignent ou menacent l'Européen, lorsqu'il passe ou séjourne dans les pays chauds.

Notre âpre métier de médecin navigateur et colonial est dur, plus dur que ceux qui restent dans la métropole ne le pensent. Malgré la bienveillante sollicitude de l'autorité pour les serviteurs de l'État, de la mère-patrie pour ses enfants, il y a souvent encore plus de labeur que de profit dans notre existence, et nous avons encore bien des choses à désirer! Eh bien, je ne crains pas de le dire et de le répéter à chaque heure de mon existence : travaillons, travaillons sans relâche et de toutes nos forces, c'est le moyen le plus noble en même temps que le plus certain, de conquérir les priviléges, les rémunérations, les récompenses auxquelles notre dévoûment et nos connaissances scientifiques nous permettent d'aspirer.

Certes, je le sais, je le vois avec orgueil, dirai-je même, je serais injuste à ne pas le proclamer : le corps de la marine française a fait à toutes les époques et fait, de nos jours, comme par le passé, brillamment son devoir en tout et pour tout. Continuons à suivre les traditions que nous ont laissées nos aînés, tâchons même, si c'est possible, de faire mieux, quelque difficile que soit cette tentative. N'avons-nous pas pour objectif deux résultats qui touchent au plus profond de notre cœur? D'une part, en effet, c'est par ce travail incessant, ces études de tous les instants, ce dévoûment perpétuel, que nous amoindrissons quelquefois les douleurs, les fatigues de

nos compagnons de navigation et de colonie, que nous conservons parfois un enfant à sa mère, un père à ses enfants. Et, d'autre part aussi, ce que nous obtenons d'amélioration dans notre sort de médecins de la marine, les prérogatives, l'autonomie, l'indépendance relative que nous conquérons bien lentement, il est vrai, mais cependant d'une manière continue, sont autant d'acquisitions pour le bien-être de nos successeurs.

Certes nous avons encore bien des choses à obtenir, je le sais, pour que la carrière soit moins pénible, mais néanmoins, en jetant un coup d'œil en arrière, nous pouvons mesurer avec orgueil, un immense chemin parcouru déjà dans la voie d'une amélioration équitable de notre position absolue et relative, et je n'hésite pas à l'affirmer encore sans crainte d'être contredit par les hommes ou par les événements, le travail et le dévoûment incessants poussés aux dernières limites du possible, sont les moyens les plus assurés, comme les plus rapides, de faire évanouir ces dernières imperfections de nos règlements qui se traduisent par des charges inégalement réparties, et par conséquent plus lourdes qu'il ne faudrait pour quelques-uns d'entre nous. A l'œuvre donc!

Fort-de-France (Martinique), août 1877.

TRAVAUX PUBLIÉS PAR L'AUTEUR

1850. Observation de plaie contuse au pied droit guérie par la ventilation. Montpellier médical de décembre 1859.

1860. Des mesures à employer à bord des bâtiments contre l'encombrement, cause essentielle du typhus. Thèse pour le doctorat en médecine. Montpellier, 6 février 1860.

1861. Six observations de plaies traitées par la ventilation. Montpellier médical, 1861.

1864. Coloration accidentelle de la peau par un sel de plomb. Gazette des Hôpitaux, 9 février 1864.

Note sur un nouveau pain de gluten à l'usage des diabétiques. Bulletin général de Thérapeutique, 29 février 1864, t. LXVI, p. 170.

Recherches sur la cause des accidents qui suivent les fractures en V des membres. Mémoire lu à l'Académie de médecine le 15 mars 1864.

Considérations sur un cas de diabète sucré développé spontanément chez un singe. Société de biologie, 7 mai 1864. Bulletin de l'Institut (Academie des sciences), 9 mai 1864.

Des fractures en V au point de vue de leur gravité et de leur traitement. Thèse du doctorat en chirurgie. Paris, 31 mai 1864.

Note sur les inhalations d'oxigène dans le traitement du diabète sucré. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXVII, p. 217.

De la valeur comparative du chlorure de chaux, du sulfate de fer, de l'acide phénique et du permanganate de potasse pour la désinfection des eaux de la cale des navires. Archives de médecine navale, t. II.

De l'immobilisation directe des fragments osseux dans les fractures compliquées et non réunies. Mémoire lu à l'Académie de médecine le 8 novembre 1864.

1865. Cas de scorbut chez le gorille. Bulletin de la Société de biologie, 17 décembre 1864. Bulletins de l'Institut (Académie des sciences), 9 janvier 1865.

Du massage dans l'entorse à bord des navires de l'Etat. Archives de médecine navale, t. III.

Cas de pneumonie suivie de variole anormale traité avec succès par la médication alcoolique. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXVIII, p. 414.

De l'emploi de la teinture d'iode dans le traitement du diabète sucré. Bulletin géneral de Thérapeutique, t. LXVIII, p. 295.

De l'immobilisation directe dans les fractures du maxillaire inférieur. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXIX, p. 348.

Des pansements à l'alcool à bord des navires de l'Etat. Archives de médecine navale, t. IV.

Description d'un nouveau procédé de staphyloraphie. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXIX, p. 269.

1866. Du pansement des plaies et des ulcères par la ventilation. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXX, p. 59.

1866. De la suture des os (1er mémoire). Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXI, p. 20.

1867. Du massage dans l'entorse (2e mémoire). Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXII, p. 69.

Note sur l'extraction d'une aiguille à coudre logée dans le sein depuis longtemps. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXII, p. 544.

De la fixation des dents dans les fractures des maxillaires. Art dentaire, février, mars, avril et mai 1867.

Note sur un instrument destiné à doser l'acide urique dans les urines. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXII, p. 213.

De l'action de l'appareil à pointe de Malgaigne dans les fractures de la jambe. Revue de Thérapeutique médicale et chirurgicale, 1867, p. 228.

Note sur un moyen très-simple de dilatation de l'urèthre. Revue de Thérapeutique médicale et chirurgicale, 1867.

De la suture des os (2e mémoire). Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1867.

Du traitement des fractures du maxillaire inférieur. Art dentaire, 1867.

De la fixation des dents dans les fractures des maxillaires. Revue de Thérapeutique médicale et chirurgicale, 1867.

De l'action antiblennorrhagique de la teinture de digitale. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXIII.

Extraction d'une aiguille à coudre logée depuis plus de douze ans dans le bras. Gazette des hôpitaux, 1867.

Cas de réunion d'un morceau de doigt complétement séparé. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXIII, p. 454.

1868. De la ligature des os. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXV, p. 113.

De la valeur de la griffe de Malgaigne dans les fractures de la rotule. Revue de Thérapeutique médicale et chirurgicale, 1568, p. 480.

Observation de fracture grave de la jambe droite, tentatives de conservation, accidents multipliés, ligature des os, guérison. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXIV, p. 36.

Observation de fracture du maxillaire inférieur, modification du moule de Morel-Lavallée. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXIV, p. 561.

1869. De la suture osseuse dans l'opération du bec-de-lièvre compliqué. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXVII, p. 109.

De l'immobilisation directe des fragments osseux dans l'amputation tibio-tarsienne. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXVII, p. 256.

Traité de l'immobilisation directe des fragments osseux dans les fractures. In-8, 768 pages et 102 figures. Paris, A. Delahaye. (Couronné par l'Institut.)

Note sur un nouveau procédé de suture de l'intestin. Bulletin de l'Académie de médecine, 25 décembre 1869.

1870. Des diverses méthodes de réunion des plaies intestinales. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXVIII, p. 15.

Note sur un obturateur anal. Bulletin de l'Académie de médecine, séance du 8 mars 1870.

Des applications thérapeutiques de l'obturateur anal. Gazette hebdomadaire, 11 mars 1870.

Note sur un cas de fracture par écrasement du calcanéum. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXVIII, p. 354.

Des tentatives de conservation dans les cas de séparation presque complète de la langue. Gazette des Hôpitaux, 1870, p. 210.

De la dilatation du canal par l'urine elle-même dans les cas de rétrécissement du canal de l'urèthre. Union médicale, 14 mai 1870.

Des tentatives de conservation dans les cas de séparation accidentelle du nez. Gazette des Hôpitaux, 1870, p. 223.

Des tentatives de conservation dans les cas de séparation accidentelle du pavillon de l'oreille. Gazette des Hôpitaux, 1870, p. 286.

Des tentatives de conservation dans les cas de séparation accidentelle des doigts. Gazette des Hôpitaux, 1870.

Du massage dans l'entorse (3e mémoire). Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXIX, p. 152.

Du pansement des plaies et des ulcères par la ventilation (2e mémoire). Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXIX, p. 303.

De la valeur du frottement des fragments dans le traitement des fractures non consolidées. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXIX.

1871. De la valeur thérapeutique du séton dans le traitement des fractures non consolidées. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXX, p. 59.

Traité des fractures non consolidées ou pseudarthroses. In-8 de 682 pages avec 112 figures. Paris, A. Delahaye. (Couronné par l'Académie de médecine.)

Des blessures de l'abdomen observées dans la deuxième division des blessés du Val-de-Grâce pendant le siége de Paris. Montpellier médical, 1871, p. 417.

Des indications de la résection dans les fractures non consolidées. Bulletin de Thérapeutique, t. LXXX, p. 109 et 153.

Coup de feu dans l'abdomen, perforation de l'intestin et de l'os iliaque, guérison. Bulletin de Thérapeutique, t. LXXX, p. 320.

Appréciation comparative des divers modes de traitement des fractures non consolidées. Bulletin de Thérapeutique, t. LXXX, p. 393.

Coup d'œil sur les amputations de jambe pratiquées dans la deuxième division des blessés du Val-de-Grâce pendant le siége de Paris. Bulletin de Thérapeutique, t. LXXXI, p. 346 et 394.

1872. Etude sur les blessures du poignet traitées dans la deuxième division des blessés du Val-de-Grâce, pendant le siége de Paris. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXXII, p. 302.

1872. Etude sur les blessures de l'abdomen, traitées dans la deuxième division des blessés du Val-de-Grâce, pendant le siége de Paris. Montpellier médical.

Etude sur les blessures du métacarpe traitées dans la deuxième division des blessés du Val-de-Grâce pendant le siége de Paris. Bulletin de Thérapeutique, t. LXXXII, p. 397.

Histoire des épidémies de fièvre jaune de l'île de Gorée. Bulletin de l'Académie de médecine. (Mémoire qui a obtenu la médaille d'or de la commission des épidémies pour 1872.)

Etude sur les blessures des doigts par armes de guerre, traitées dans la deuxième division des blessés du Val-de-Grâce pendant le siége de Paris. Bulletin da Thérapeutique, t. LXXXII, p. 490.

Note sur la composition de l'urine dans la fièvre bilieuse mélanurique. Bulletin de l'Académie de médecine.

Note sur les larves de mouche qui se developpent dans la peau de l'homme au Sénégal. Bulletin de l'Académie des sciences, t. LXXV, p. 1133.

1873. Description topographique de l'île de Gorée. Revue maritime et coloniale, t. XXXVI, p. 885.

Note complémentaire sur les épidémies de fièvre jaune de l'île de Gorée. Bulletin de l'Académie de médecine.

1874. Etude sur le diagnostic différentiel de la fièvre bilieuse mélanurique et de la fièvre jaune. Bulletin de l'Académie de médecine, 20 janvier 1874.

De la fièvre bilieuse mélanurique des pays chauds. Paris, 1874. Delahaye. In-8, XVI, 442 pages. (Ouvrage couronné par l'Institut.)

Note sur les populations de la Casamance (côte occidentale d'Afrique). Revue d'anthropologie.

De la fièvre jaune au Sénégal. Paris, Delahaye. In-8, XVI, 430 pages.

De l'innocuité des ponctions du foie. Bulletin de Thérapeutique.

Etudes sur la Sénégambie. Moniteur du Sénégal, 1872-1873-1874.

1875. Le Sénégal 1817-1872. Revue maritime et coloniale, janvier 1875.

Etude sur les Peuls. Revue d'anthropologie.

Etude sur les Ouolofs. Revue d'anthropologie.

Note sur la fièvre typhoïde au Sénégal. Bulletin de l'Académie de médecine.

Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal. T. Ier. Paris, Delahaye, 1875.

1876. Note sur l'existence de la colique saturnine chez les créoles blancs et colorés de la Martinique. Bulletin de l'Académie de médecine.

Note sur trois sabliers (Hura crepitans) existant sur la savane de Fort-de-France (Martinique). Bulletin de l'Institut (Académie des sciences).

1877. Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal. T. II. Paris, 1878. Delahaye.

TRAITÉ CLINIQUE

DES

MALADIES DES EUROPÉENS

AU SÉNÉGAL

DEUXIÈME VOLUME.

SAISON SÈCHE.

La seconde saison de la Sénégambie est celle qui dure du 1er décembre au 31 mai et qu'on appelle assez indifféremment à Saint-Louis et à Gorée : saison sèche ou saison fraîche. On a cependant tort, à mon avis, de ne pas employer exclusivement la première de ces appellations, car si dans le bas Sénégal et sur le littoral de la côte occidentale d'Afrique les mois de décembre à mai sont en même temps et secs et relativement frais, dans le haut pays, au contraire, la température y est souvent plus élevée que dans l'hivernage et par conséquent l'appellation de fraîche consacre une inexactitude.

Quoi qu'il en soit, pour avoir une idée complète du cycle annuel tant sous le rapport de la météorologie que des maladies qui atteignent les Européens habitant la Sénégambie, nous allons décrire ce second semestre comme nous l'avons fait précédemment pour le premier, en suivant exactement les mêmes errements et dispositions.

Pour comprendre facilement les particularités de la saison sèche, nous la diviserons, comme l'hivernage, en trois périodes que nous appellerons assez arbitrairement de la manière suivante :

A. Première période (période des grands vents du nord) ;
B. Deuxième période (période des vents d'est) ;
C. Troisième période (période des brises pré-estivales).

Leur durée s'échelonne assez bien encore de deux mois en deux mois. Ainsi, la première période comprend décembre et janvier; — la seconde s'applique à février et mars; — la troisième enfin comporte avril et mai.

Ai-je besoin de rappeler encore que, suivant les années, il faut avancer ou reculer de quinze jours ces diverses périodes? Il aura suffi, j'espère, de tracer la ligne ordinaire pour que, par une facile adjonction ou un retranchement, on applique la loi commune à telle ou telle année particulière que l'on veut étudier plus spécialement.

La saison sèche ne s'établit pas toutes les années de la même manière; ainsi tantôt la chaleur se prolonge en diminuant d'intensité jusqu'à une époque donnée, le 15 novembre par exemple, et les brises du nord apparaissent, faibles et incertaines d'abord, prenant peu à peu et d'une manière très-ménagée leur amplitude, arrivant à leur intensité moyenne après huit ou dix jours de persistance.

Tantôt, au contraire, les brises du nord surviennent intenses et fraîches tout d'abord, faisant une transition brusque de température entre les deux saisons et marquant d'une manière extrêmement tranchée la délimitation de l'hivernage et de la saison sèche.

Enfin il y a une troisième manière qui est assez fréquente : c'est que pendant les derniers jours d'octobre il y avait eu un établissement modéré des brises du nord; puis, on dirait que l'effort fait par la saison sèche ayant été infructueux, il survient une espèce d'été de la Saint-Martin, comme on dit en France. Ce n'est que vers le 15 ou 20 novembre que la brise froide reparaît avec intensité et persistance, de manière à rafraichir l'atmosphère en très-peu de temps. C'est dans cette troisième forme, la plus pénible peut-être pour les Européens, que l'on voit des séries de vents d'est très-fatigants venir prolonger l'hivernage jusqu'au moment où les froids arrivent brusquement, et le climat n'est réparateur et agréable que quinze jours ou un mois plus tard que d'ordinaire cette année-là.

Lorsque les brises du nord arrivent sans transition ménagée, les noirs sont frappés de nombreuses maladies des voies respiratoires, et l'année est donc malsaine pour eux. Lorsque ces brises s'établissent tardivement, ce sont les Européens qui souffrent davantage, de sorte qu'en somme bien que le commerce ait à se féliciter, au point de vue de la production de la gomme, de la transition de l'hivernage à la saison fraîche par les séries de vent d'est — la philanthropie nous porte à désirer un établissement graduel de la fraîcheur.

A. *Première période de la saison sèche (période des grandes brises du nord.)*

La Sénégambie se trouvant dans la partie de la zone torride soumise aux alizés du nord-est pendant la saison qui va de décembre à mai, c'est-à-dire tant que le soleil est au sud de l'équateur, c'est l'apparition de ces alizés qui établit la transition de l'hivernage à la saison sèche.

La population européenne attend avec une impatience fiévreuse les brises du N. dès les premiers jours d'octobre. C'est qu'en effet il s'agit de passer d'un état de profond malaise à un bien-être très-enviable. Les espérances sont plusieurs fois déçues; enfin le jour tant désiré arrive et en moins d'une semaine la température s'abaisse de plus de 15 degrés. L'air devient sec de très-humide qu'il était et bientôt sous l'influence de cet air revivificateur qui vient des zones tempérées, l'appétit renaît, les forces reprennent chez ceux qui n'ont pas été trop déprimés par l'hivernage. Mais ceux qui ont été malades pendant la saison chaude sont encore dans de fâcheuses conditions.

La preuve de ce que j'avance nous est donnée par l'inspection des registres des hôpitaux et les chiffres suivants des entrées des maladies endémiques nous le montre (col. 1, 2, 4, 6) :

	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	
Saint-Louis.....	190	183	118	106	80	
Gorée..........	116	216	161	117	88	C'est en février que le chiffre descend à 60.
Bakel..........	87	110	116	122	125	Ce n'est qu'en mai que le chiffre descend à 72.
Rivières du Sud.	126	105	115	110	104	Ce n'est qu'en avril que le chiffre descend à 58.

Nous renvoyons le lecteur ici, comme précédemment, à la série des tableaux que contient le premier volume; il y trouvera sous le n° 16 (p. 40-41) les proportions des malades et des morts pendant la première période de la saison sèche. Nous ne le ferons suivre d'aucune explication devant y revenir ultérieurement.

Nous venons de parler des vents alizés ; nous avons besoin de nous arrêter un moment sur leur compte. On les observe si constamment pendant la saison sèche, et ils ont une influence si considérable sur la climatologie comme sur l'hygiène de la Sénégambie qu'on ne saurait les passer sous silence. On aurait tort de les appeler vents du N.-O. et N., de N.-E., car ils n'ont aucune de ces directions d'une manière constante ; passant de l'une d'elles à une autre avec une assez grande facilité, et d'après une loi assez régulière. Aussi le

mieux est de les appeler *alizés*, nom qui donne une idée suffisante sur eux sans rien préjuger de leur direction absolue.

Ces vents alizés qui éprouvent déjà en pleine mer, c'est-à-dire là où rien n'influe sur eux, des oscillations assez grandes dans la journée, ou dans une période de plusieurs jours, ont leur direction modifiée beaucoup plus brusquement et d'une manière beaucoup plus remarquable quand ils passent sur la terre d'Afrique, parce que certaines montagnes, certains plis de terrains, les cours d'eau, la nature du sol, etc., viennent apporter des influences plus ou moins énergiques pour faire changer leur direction primitive. Ils ont au Sénégal et particulièrement dans les environs de Saint-Louis, des oscillations journalières de 20 à 25 degrés, et ils en ont quelquefois de 80 à 110 degrés dans l'espace de quelques jours à la même période diurne.

Tous les jours ne se ressemblent pas au point de vue de la direction ou de l'intensité de la brise. Il y a trois séries assez différentes l'une de l'autre et qu'on peut appeler de la manière suivante pour les différencier :

A. Série du vent froid ;
B. Série du vent variable ;
C. Série du vent chaud.

Voyons-les successivement en détail pour en connaître les particularités assez tranchées pour tout le monde et surtout très-sensibles pour les natifs du pays ou les créolisés.

A. *Série du vent alizé froid.*

Si l'on consulte la girouette à six heures du matin et plus exactement au moment où le soleil va se lever pendant la saison sèche, et alors que dure la série des vents froids qui nous occupe, on voit que la brise vient soit du N., soit du N.-N.-O, soufflant avec une intensité minime.

Le ciel est un peu embrumé à l'horizon sans qu'on puisse cependant y constater le moindre nuage, et la brise est froide au point de rendre l'usage d'un léger pardessus agréable.

Vers sept heures, c'est-à-dire quand le soleil est de 15 à 20 degrés au-dessus de l'horizon, cette brise prend plus de force en même temps qu'elle incline davantage du côté de l'O., et elle arrive à midi à souffler de la direction du N.-O., sous la forme de ce que les marins appellent *belle brise*, et même quelques rares fois *grande brise*. Puis, vers quatre heures, le vent commence à revenir vers la direction du N.-N.-O., en diminuant de force, et une ou deux

heures après le coucher du soleil, la direction est juste du N., tandis que l'intensité du vent est très-faible. Dans ces conditions, la température est fraîche pendant le jour; le froid est même assez pénétrant pendant la nuit pour qu'on soit obligé de se couvrir assez chaudement si on veut rester à l'air libre sans éprouver une sensation désagréable; la couverture de laine est parfaitement de mise pour bien dormir.

Dans quelques circonstances, il y a une bouffée de grande brise de N.-N.-O. au N.-O., qui dure trois, six ou neuf jours, vestige atténué de ces coups de vents de N.-O. que l'on ressent dans le golfe de Gascogne ou dans le golfe de Lyon; et ces périodes appartiennent à une perturbation atmosphérique qui se fait depuis les côtes d'Espagne jusqu'au Sénégal. La preuve en est que certains navires partis juste à un bon moment ont pu faire des traversées extrêmement rapides, poussés qu'ils étaient pendant tout leur trajet par un vent uniforme de direction et d'intensité jusqu'au parallèle du cap Vert, et même à celui des Bissagos ou de Sierra-Leone quelquefois.

D'ailleurs, on sent que la brise vient du pays froid, et, bien qu'il n'y ait pas de nuages, l'horizon est gras, comme disent les marins; c'est-à-dire que, et jusqu'à 45 degrés de hauteur, il n'a pas la transparence du beau temps.

B. *Série du vent alizé variable.*

La série du vent alizé variable est comme la transition très-ménagée entre celle que nous venons de décrire et celle dont nous parlerons tantôt; de sorte qu'on peut s'en faire très-facilement une idée en atténuant les caractères des deux périodes extrêmes. Si l'on consulte la girouette au moment du lever du soleil, quand cette série est en activité, on voit que la brise souffle presque invariablement à ce moment de la direction du N. ou du N.-N.-E. La température est fraîche, et on éprouve même une impression qui, sans être du froid piquant, rend parfaitement supportable un vêtement de drap ordinaire.

Vers sept heures du matin, c'est-à-dire quand le soleil est à 15 ou 20 degrés sur l'horizon, le vent s'incline un peu dans la direction de l'Est au point de gagner le N.-E. et même l'E.-N.-E., et il prend naturellement plus ou moins de l'aspect et qualités du vent d'Est, vent chaud dont je parlerai ultérieurement.

La direction reste stationnaire jusqu'à deux, trois ou quatre heures de l'après-midi, puis l'oscillation se fait en sens inverse, la brise revient au N.-N.-E., au N.-N.-O., et arrive même quelquefois dans ses amplitudes extrêmes jusqu'au N.-O. avant la tombée de la

nuit. Elle reste ainsi humide et froide jusqu'au lendemain matin au lever du jour, ne dépassant jamais la direction du N. au N.-N.-E., et abaissant la température d'une manière remarquable, au point que les vêtements de drap sont nécessaires et que la couverture de laine est très-volontiers supportée pendant la nuit presque aussi bien que du temps du vent frais.

C. *Série du vent alizé chaud.*

On pourrait donner la caractéristique de cette série bien rapidement et d'une manière très-juste en disant que tout ce que nous avons dit de la série A lui est applicable, avec cette différence qu'il faut changer ouest en est, froid en chaud, humidité en sécheresse, et, en effet, le vent de la direction de l'est est aussi chaud et aussi sec que le vent de la direction de l'ouest était froid et humide.

Si on consulte la girouette, le matin au lever du soleil, on voit qu'elle est dans la direction du N.-E. La brise souffle avec une intensité faible; elle est froide au point de permettre très-bien le vêtement de drap; l'horizon du côté de l'E., depuis le S. jusqu'au N., est embrumé comme pendant la série des vents froids, mais d'une manière différente, remarquable et très-caractéristique du vent qui nous occupe actuellement.

Le ciel présente un aspect variable, suivant que le vent chaud sera plus ou moins intense : c'est généralement une teinte grise opaque qui est blafarde tant que le soleil ne l'éclaire pas, et qui prend sous l'influence des rayons solaires une couleur rouge désagréable à l'œil; quelquefois cette teinte demi-opaque est comme une sorte de nuage parallèle à l'horizon et placé à quelques degrés de lui; de telle sorte que l'on voit à fleur de terre comme une échappée claire surmontée d'une couche plus obscure, disposition essentiellement favorable à la production du mirage.

On ne sent pas encore l'atteinte matérielle du vent d'est, mais on en ressent déjà l'influence d'une manière notable, et les malades, les valétudinaires ne s'y trompent pas aux symptômes d'aggravation ou de malaise qu'ils présentent.

A sept heures du matin, c'est-à-dire lorsque le soleil est à 15 ou 20 degrés au-dessus de l'horizon, la brise acquiert une certaine force, soufflant généralement par raffales et en tourbillonnant, manifestement inclinée de manière à balayer le sol et à soulever des nuages de poussière et de sable qui vont obscurcissant l'atmosphère, couvrant tout d'une couche d'une matière pulvérulente impalpable et chaude.

Le ciel, qui paraît, en temps ordinaire, perpétuellement bleu de

novembre à juin au Sénégal, est d'un bleu magnifique foncé et parfaitement pur tant que les vents alizés frais ou variables soufflent; il perd cet aspect pendant que le vent d'est est en activité; il prend alors une teinte grise dans laquelle la couleur bleuâtre est à peine indiquée, et, bien qu'aucun nuage ne soit apparent, le temps est *couvert* à proprement parler; le soleil, au lieu de briller de cet éclat excessif qui est l'apanage des pays tropicaux, prend, au contraire, une lueur blafarde ou rougeâtre assez atténuée parfois pour que l'œil puisse fixer son disque, qui ressemble assez à une énorme lune rouge.

Il suffit de l'avoir vu une fois pour comprendre que, sous l'influence du vent d'est, une poussière de sable très-ténue est répandue dans l'atmosphère comme un brouillard qui serait sablonneux au lieu d'être humide; et, de même que tous les objets qui sont exposés au brouillard sont couverts dans les pays froids de rosée, de même tous les corps exposés à l'air se couvrent aussitôt de poussière pendant le vent d'est. Bien plus, comme cette poussière est extraordinairement ténue, elle pénètre partout, et quelque bien clos que soient les appartements, ils ne sauraient échapper à l'influence générale. Cette poussière n'est pas toujours aussi abondante, et, quelquefois même, elle semble faire défaut dans l'air; mais c'est alors parce qu'elle est plus ténue encore, car les objets qui opposent une résistance au vent en sont bientôt couverts assez notablement.

L'air, qui était déjà très-sec par les vents de N.-E., devient plus sec encore sous l'influence de l'harmatan. Les végétaux se flétrissent, souffrent et meurent même quelquefois; le bois se fendille, joue, craque; les meubles se disjoignent. J'ai vu même le verre se briser spontanément.

Vers midi le vent d'est est généralement à son apogée de chaleur; la brise faiblit quelquefois un peu à ce moment, et c'est un air chaud qui passe sur le pays, produisant une impression désagréable à tout ce qui est animé. Quand on se présente à la porte d'un appartement pour en sortir, ou bien quand on ouvre à ce moment une fenêtre dans la direction de l'est ou du sud, on éprouve absolument la sensation que l'on ressent quand on s'approche de la bouche d'un four en ignition : c'est une chaleur sèche et intense désagréable au dernier point.

Quand le vent d'est doit cesser, voici ce qu'on observe vers une heure de l'après-midi, les jours favorisés, vers quatre à cinq heures du soir les jours moins heureux : le vent diminue d'intensité et un calme absolu règne pendant une demi-heure ou une heure;

puis, si on est au bord de la mer, on entend un bruit sourd et éloigné, sorte de grondement caractéristique qui annonce l'arrivée du vent frais. Ce grondement est produit par la mer, qui avait brisé très-doucement sur la plage jusque-là, et dont les brisants prennent en quelques minutes une activité très-notable. La plage, qui était tranquille, est battue de plus en plus par la lame, et bientôt la surface de l'océan, qui était blanche et unie comme elle l'est dans la Méditerranée dans les moments qui lui ont valu le surnom de *mer d'huile*, se ride un peu et prend la couleur bleue qui lui est habituelle. C'est l'arrivée du vent N.-N.-E. frais; elle donne une indéfinissable sensation de bien-être.

Quand le vent chaud doit persister, il se produit quelquefois une lutte très-apparente entre le vent de la mer et lui. Ainsi, à une, deux, trois reprises dans l'après-midi, on voit le calme survenir, les brisants commencer à s'enfler et à gronder; mais bientôt ils retombent comme impuissants, et tantôt la brise d'est reprend forte, tantôt l'air reste presque calme, mais toujours chaud et étouffant. Cet état dure plus ou moins longtemps. Dans les bonnes conditions, le vent de la mer prend le dessus à une heure quelconque de la nuit; mais, dans les plus mauvaises, le vent chaud persiste sans faiblir et dure jusqu'au lever du soleil le lendemain, moment où il reprendra exactement comme la veille, ce qui permet de lui reconnaître d'une manière incontestable la qualité de brise solaire.

Le vent d'est souffle généralement par séries de plusieurs jours, qui sont suivies d'une série de vents alizés variables ou de vents alizés froids; puis il reprend encore et ainsi de suite pendant toute la période qui nous occupe. Les séries du vent d'est ont pour l'observateur une marche assez régulière, et on peut observer chez elles très-bien la période d'augment, d'état et de décroissance. Ainsi, il est rare que le vent d'est débute par une grande intensité; généralement il commence timidement, pourrait-on dire. On voit le matin, au point du jour, la partie E. de l'horizon embrumée d'une manière particulière; et c'est un indice auquel les gens du pays ne se trompent pas. Le vent est encore frais à ce moment; mais peu d'instants après le lever du soleil, le souffle ardent de l'harmatan se manifeste, desséchant tout sur son passage. Vers dix ou onze heures, midi au plus tard, le premier jour, son effet est épuisé, et la brise de N. ou N.-N.-O. vient rafraîchir l'atmosphère; mais le lendemain c'est à recommencer, et, cette fois, le vent d'est est plus tenace. On arrive ainsi à un moment où le vent N.-O. ne prend le dessus que dans la soirée, à quatre heures, six heures et huit heures, et, dans le plus fort de la période d'état, le vent d'Est règne en

maître : il souffle avec persistance, et même, quand il cesse de souffler, il est remplacé par un calme qui est presque aussi étouffant, c'est-à-dire presque aussi fatigant pour tous les organismes animaux et végétaux. Enfin la série tire à sa fin sur le soir; le vent frais prend le dessus, se renforce dans la nuit, et, le lendemain matin, c'est à peine si le vent d'est fait une tentative infructueuse de réapparition : il est très-généralement vaincu alors pour plusieurs jours.

On comprend facilement à la peinture que je viens de faire, que l'Européen souffre évidemment de l'impression du vent d'est, non que ce vent soit bien malsain, on dirait que son excessive sécheresse a enlevé tout pouvoir morbigène aux miasmes paludéens qu'il entraîne, mais l'impression de chaleur sèche est quelquefois extrêmement pénible. J'ai dit que quand on tourne la figure dans la direction du vent, on sent une chaleur suffocante analogue au rayonnement d'un four, que les lèvres se gercent ; la bouche se sèche au point de produire une sorte de dysphagie, la tête se congestionne même quelquefois ; la peau brûlante et aride est impressionnée désagréablement, elle se parchemine ; une soif dévorante ne peut être calmée par aucune boisson. L'air chaud fatigue les poumons au lieu de les rafraîchir rendant la respiration pénible suspirieuse ; il produit une sorte d'anhélation et jette l'individu dans un état de spasme ou d'abattement très-désagréable. C'est à ce moment encore que les hépatites aiguës menacent les Européens qui ont eu le foie engorgé précédemment et que les malades trop affaiblis par l'hivernage n'ont plus la force de résister, et ne bénificient pas du retour de la saison sèche.

Quant aux végétaux, on devine que cette température et cette sécheresse excessives doivent les faire souffrir considérablement : les arbres perdent leurs feuilles et ont souvent leurs bourgeons désséchés et brûlés, comme la chose arrive en Europe pendant les hivers rigoureux ; les végétaux herbacés se sèchent et deviennent tellement cassants et friables que le vent les réduit en poussière. L'influence de ce vent sur le pays est telle, qu'on ne peut croire quand on voit la Sénégambie en mars ou en avril, qu'il y ait jamais la moindre verdure : à ce moment, en effet, la contrée peut être présentée comme le type de l'aridité absolue.

Le vent d'est est appelé *harmatan* dans la Sénégambie, il est d'ailleurs absolument semblable à ce qu'on appelle le *siroco* en Sicile, le *simoun* en Algérie, le *klamsin* en Egypte, et comme tout le monde connaît ces vents par la description qui en a été si souvent faite, je n'ai pas besoin d'en parler plus longuement.

L'harmatan n'est pas également pénible dans tous les pays de la Sénégambie; ainsi, à Gorée, par exemple, il est rare et infiniment moins intense parce qu'il est arrêté ou humidifié par la nappe d'eau circonvoisine. D'ailleurs, le phénomène est assez clair et assez compréhensible pour qu'on puisse, en jetant les yeux sur la carte, déterminer *a priori*, quels sont les pays les plus où les moins désagréablement visités par ce vent du désert.

L'harmatan souffle quelquefois aussi pendant l'hivernage, mais ce n'est que pendant les tornades et d'une manière assez faible, de sorte qu'il ne doit guère nous occuper ; il augmente alors un peu le malaise de l'Européen. Mais l'hivernage étant une saison laborieuse et pénible pour l'existence du blanc, d'une manière générale, il est pour ainsi dire superflu de marchander sur un peu plus ou un peu moins de fatigue provenant de la direction d'un courant d'air. L'harmatan de l'hivernage passe rapidement au sud et à l'ouest et ses effets sur l'organisme sont aussitôt remplacés par l'action opposée des autres vents infiniment moins chauds et infiniment plus humides.

Dans la plupart des pays sénégambiens l'air est souvent obscurci par des nuées d'insectes pendant que souffle le vent d'est ; des nuées de sauterelles sont apportées par lui, envahissent souvent la campagne et font un dégât extrême. Heureusement les sauterelles viennent assez rarement, car elles sont un véritable fléau, détruisant tout sur leur passage et dépouillant la terre de ses végétaux herbacés et des feuilles des arbres en quelques heures à peine.

Si nous avons bien traduit notre pensée, on admettra avec nous que la saison fraîche peut être considérée en Sénégambie comme le résultat d'une lutte incessante entre les vents de terre et les vents de mer. C'est une perpétuelle oscillation du vent du N.-E. au N.-O. passant par le nord, et chaque modification dans la direction de la brise produit des différences notables dans la température.

Pour bien saisir toute la différence de température qui doit résulter de ces oscillations de la brise, il faut se souvenir que la côte court N. et S., depuis le cap Blanc ou le cap Bojador jusqu'au cap Vert ; que d'un côté est l'océan Atlantique, immense étendue d'eau peu conductrice de la chaleur, et ayant une température à peu près constante de 16° à 18° ; tandis que de l'autre côté est une immense étendue de terrain plat, sabloneux et aride : le Sahara, dépourvu de cours d'eau et d'humidité en été comme en hiver, et jouissant d'une propriété de conductibilité excessive pour la chaleur et le froid ; car on sait que dans le désert, le rayonnement étant extrêmement fort, le sol passe d'une température élevée à une température froide d'une manière rapide, et que quelques courtes heures suffisent pour

faire succéder une grande chaleur à un froid très-sensible et très-piquant.

Comprend-on maintenant que pendant la saison fraîche les transitions de température soient aussi grandes dans la Sénégambie? Ainsi par exemple, le vent est au N. ou au N.-E. le matin au lever du soleil, c'est-à-dire qu'il a passé sur plusieurs centaines de lieues de plages nues, baignées par la mer venant des pays d'Europe où il fait grand froid pendant la moitié de décembre, tout janvier et tout février, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il abaisse le thermomètre vers 12°, 10°, 9° même. Si nous en croyons quelques voyageurs, il le fait descendre plus bas encore; car Raffenel (t. II, p. 367) dit qu'en décembre et janvier la température baisse tellement dans le Kaarta qu'on a vu l'eau se couvrir d'une lame de glace de cinq millimètres pendant la nuit. Il a constaté lui-même, dit-il, que la température n'était que de trois degrés dans quelques matinées, ce qui lui a permis de croire que, dans quelques cas exceptionnels, elle descend jusqu'au-dessous de zéro sur les côtes.

Quoique sur les côtes la température ne descende guère, je pense pour ma part, au-dessous de 9 degrés dans les moments les plus froids, ainsi que je l'ai dit, on me passera que le matin, au lever du jour, il fait réellement plus que frais. Mais, le soleil se lève, ses rayons arrivent d'autant plus facilement sur le sol que la sécheresse du pays fait que l'atmosphère est très-limpide et n'oppose aucune résistance aux rayons calorifiques, de sorte qu'une heure après le lever du soleil le sable du désert est très-échauffé. Or c'est à ce moment que la brise oscille vers la direction du N.-E., de l'E.-N.-E., de l'Est même, apportant sur la Sénégambie une couche d'air qui a passé sur mille lieues de sables brûlants. Il n'y a rien d'étonnant que sous cette influence la température s'élève très-vite à 15, 18, 20, 25, 30 degrés à l'ombre dans les régions relativement fraîches. Nous n'exagérons pas en disant que dans le haut pays : à Podor, Bakel, Médine, par exemple, elle arrive jusqu'à 40 et même 44° à l'ombre.

Le soir à deux, trois, quatre heures de l'après-midi, la chaleur est encore excessive, mais la brise reprend sa marche oscillatoire dans le sens rétrograde cette fois, arrive au N., au N.-N.-O., en quelques minutes, de sorte que dans nombre de cas le thermomètre descend de 10, 12, 15 degrés en moins d'un quart d'heure. Non-seulement la température descend, mais l'air devenant très-humide inopinément, de très-sec qu'il était, produit une influence considérable sur tout ce qu'il entoure. On ne sera donc pas étonné de m'entendre dire que tout au Sénégal, les corps organiques, comme les corps inorganiques, doivent se ressentir très-vivement de ces très-brusques transi-

tions. Il n'y a pas au monde de climat plus destructeur que celui-là. Le fer s'oxyde, les pierres se délitent, le bois se fendille, perd de sa densité, tombe en poussière. Comprend-on que l'organisme vivant, malgré son admirable force de résistance, ne puisse être soumis pendant longtemps à de pareilles actions sans s'user avec une rapidité excessive?

Les trois points extrêmes de nos possessions sénégambiennes ne sont pas dans les mêmes conditions sous le rapport des variations de température de la première période de la saison fraîche; le haut Sénégal, les rivières du sud ne présentent pas les phénomènes que nous venons de signaler pour la basse Sénégambie, avec la même intensité et les mêmes successions.

Dans le haut Sénégal, il arrive plus souvent que dans le bas pays que la saison sèche est annoncée par les vents d'est, c'est même la manière commune dont se fait la transition; le vent qui était dans la direction de l'ouest part du N.-O., oscille du N.-E. à l'E., du matin à midi pour remonter vers le N. dans la soirée, et cette condition est aussi désagréable pour les bien portants que fâcheuse pour les malades.

En effet, si la nature plus sèche de l'air du pays placé dans l'intérieur des terres fait que la dysentérie et l'hépatite ne font pas rage pour ainsi dire sur le moment et ne viennent pas donner le dernier coup aux organismes débilités par l'hivernage qui finit, il faut reconnaître que l'élévation de température du vent d'est et aussi sa sécheresse, activent l'évaporation des eaux répandues sur la surface du pays, de telle sorte que les miasmes fébrigènes sont décuplés de nombre et de léthalité. Aussi voyons-nous dans le haut pays les fièvres devenir plus nombreuses et plus intenses, en même temps que plus compliquées, les phénomènes gastriques bilieux, les symptômes de perniciosité prennent une grande importance, et les dangers que courent les Européens sont très-considérables dans le moment actuel; presque chaque année, on peut dire, on est témoin d'accidents très-tristes, et au retour du bateau qui a emporté la garnison nouvelle, on apprend que tel homme qui était parti avec une bonne santé, une vigueur très-heureuse, a été fauché impitoyablement par la maladie, avec une rapidité que rien ne pouvait faire prévoir.

Dans les rivières du sud, les fraîcheurs du nord arrivent beaucoup plus atténuées que dans la Sénégambie. D'autre part, la nature boisée du pays, le voisinage de montagnes élevées couvertes au moment actuel d'un restant assez notable de végétation, font que le vent d'est n'a pas une intensité bien grande, de sorte que la tran-

sition de la saison humide à la saison sèche se fait d'une manière beaucoup plus ménagée, insensible presque très-souvent. Il en résulte que la dysentérie et l'hépatite, bien que très-fréquentes d'une manière absolue, n'ont pas cependant la prédominance relative qu'on leur observe dans le bas Sénégal; la pathologie se trouve toujours représentée par un grand nombre d'accès de fièvre et on constate surtout la continuation d'influence du paludisme, qui prédomine pendant toute l'année du reste et qui n'a, dans le moment actuel, qu'un peu plus de gravité relativement aux moments plus favorables de l'année. Dans la période qui nous occupe, les phénomènes gastriques et bilieux y sont plus fréquents qu'à d'autres moments et les accès bilieux ne manquent pas de se présenter souvent au médecin.

MOIS DE DÉCEMBRE.

La saison sèche est décidément établie au moment qui nous occupe, et ce mot de saison sèche implique pour ceux qui ont habité les pays tropicaux, l'idée d'une amélioration de la situation générale tant au point de vue de la météorologie que sous celui des maladies.

MÉTÉOROLOGIE.

Le vent souffle régulièrement de la partie du N., oscillant comme nous l'avons dit du N.-O. au N.-E. et il produit quelquefois, surtout le matin et le soir, une fraîcheur qui est assez piquante pour justifier l'usage d'un supplément de vêtement.

Dans le haut pays, le froid est souvent assez sensible, de même que trop souvent la chaleur est très-pénible, plus pénible même que pendant l'hivernage. La chose qui paraît de prime abord paradoxale s'explique très-bien cependant, et en effet, la vaste surface aride du Sahara, du Kaarta et des pays voisins du centre de l'Afrique, s'échauffe et se refroidit avec une excessive facilité et une extrême rapidité, n'étant défendue ni par les végétaux, ni par les nuages contre l'action directe des rayons solaires pendant le jour et le rayonnement terrestre pendant la nuit; or, alors il arrive que si le vent oscille du côté du N.-E. et de l'est dans la journée, la chaleur devient aussitôt brûlante et l'atmosphère est embrasée. Cette température dure autant que cette direction du vent, elle rend non-seulement la journée atrocement pénible, mais la nuit insupportable tant qu'il n'y a pas de changement dans la brise. Au contraire si le vent incline à un moment donné du côté du N. et mieux du

N.-N.-O., l'air chaud est vite balayé à cause de sa tendance ascensionnelle et peu après une fraîcheur piquante, désagréable, très-pénible même se fait sentir. On comprend que dans ces conditions l'existence est très-triste dans le haut pays où l'on passe presque sans transition et toujours d'un excès dans l'autre, sans avoir jamais presque une température moyenne.

Dans les rivières du sud, l'influence du vent d'est se fait sentir mais d'une manière sensiblement moindre et la proximité relative du soleil, la faiblesse d'intensité des vents de nord qui ont traversé des pays chauds et boisés avant d'arriver sur la contrée, font que la température se conserve à un chiffre moyen très-agréable pour l'organisme.

La moyenne de la température pour dix années m'a donné les chiffres suivants :

Saint-Louis, 6h m. 17.7; 10h m. 23.4; 1h s. 23.1; 4h s. 22.7; 10h s. 20.10.

Gorée, 6h m. 20.8; 10h m. 22.9; 1h s. 24.1; 4h s. 23.4; 10h s. 21.0.

Voici les chiffres donnés par le Dr Borius, pour la moyenne du mois (p. 305) :

Saint-Louis.	Gorée.	Mbidjem.	Thiès.	Dagona.
21.2	22.0	21.5	23.1	21.3

Podor.	Bakel.	Médine.	Sedhiou.
22.4	26.1	25.2	24.0

Les ras de marée sont plus fréquents que précédemment et le niveau du fleuve continue à baisser; c'est au point que les eaux ne sont bientôt plus parfaitement douces, elles se chargent de chlorure de sodium, et prochainement le courant sera assez faible au moment du flot de l'océan, pour que les navires qui sont au mouillage de Saint-Louis *évitent* dans la direction de la brise.

Il n'est pas extrêmement rare que, sous l'influence du vent de nord, le temps soit pour ainsi dire brumeux et même qu'il tombe quelques gouttes de pluie, phénomène peu accusé et qui n'est que le vestige des mauvais temps humides de la zone tempérée.

MALADIES DE DÉCEMBRE.

Quoique le nombre des maladies soit encore très-grand, il est moins élevé que dans le mois précédent, et l'amélioration de l'état sanitaire se manifestera bientôt si elle ne s'est pas déjà fait sentir d'une manière irrécusable. Je renvoie au tableau des proportions

diverses de maladies et de morts au moment qui nous occupe; on le trouvera comme les autres dans le premier volume.

Ce tableau nous montre tout d'abord que le chiffre total des maladies du mois a sensiblement diminué dans la plupart des pays de la Sénégambie, et c'est qu'en effet au lieu de 119, 144, 114, 113, 118, 116 que nous avions pendant le mois de novembre, nous avons 99, 118, 106, 121, 94, 109. Le haut Sénégal fait exception cependant à la loi commune, et c'est on peut dire pour la raison qui faisait en août et septembre qu'il était moins malsain qu'on ne s'y serait attendu de prime abord. En effet, comme nous l'avons dit, si le début de l'inondation a enseveli rapidement sous une couche protectrice d'eau les matières morbigènes, le dessèchement les remet un peu plus tard au contact de l'air et leur fait exercer à ce moment leur influence pernicieuse.

De prime abord, la mortalité paraît plus forte, puisque en novembre nous avions 5,1 et que nous avons 6,7 actuellement; mais cependant, en y regardant de plus près, nous voyons que la différence provient de la ligne des maladies chirurgicales surtout, c'est-à-dire est tout à fait éventuelle, car pour les maladies endémiques, paludiques, climatériques, autres, et pour les maladies sporadiques, nous avions en novembre 2,9 — 8,8 — 2,4 — 7,1, tandis que nous avons en décembre 2,2 — 8,4 — 2,5 — 7,5, chiffres très-analogues on le voit.

MALADIES ÉPIDÉMIQUES.

Les maladies épidémiques de la première catégorie, celles que nous avons appelées tropicales et la fièvre jaune en particulier, arrivent à leur terminaison quand elles avaient sévi pendant la saison chaude. Si, au contraire, l'hivernage précédent en a été exempt, l'Européen peut respirer, il ne verra pas le fléau surgir pendant la saison fraîche autour de lui. Mais en revanche le moment paraît propice pour le développement de ces maladies épidémiques que l'on observe habituellement en Europe, et le choléra, la variole peuvent y faire irruption si nous jugeons l'avenir par le passé.

Si nous n'avions pas rangé la fièvre typhoïde au nombre des maladies sporadiques pour éviter toute discussion, nous aurions à ajouter ici cette maladie, car nous avons vu précédemment, en nous occupant d'elle, qu'elle est plus fréquente au début de la saison fraîche au Sénégal qu'à tout autre moment. La raison de cette particularité est, avons-nous dit, l'arrivée des hommes d'Europe qui apportent souvent les germes de l'affection.

Nous allons nous occuper actuellement du choléra épidémique

qui, bien qu'il n'ait fait qu'une apparition ou à peu près au Sénégal, y a été d'une sévérité qui a justement frappé de terreur la population.

Choléra épidémique.

Le choléra épidémique qui, dans les grandes épidémies de 1830 et de 1855, n'avait pas dépassé le parallèle du 25° de latitude nord sur la côte occidentale d'Afrique et qui avait épargné le Soudan occidental, est venu, lors de l'épidémie de 1865, prélever un lourd impôt de sang sur les peuplades du Sahara tropical et de la Sénégambie.

Les maures Trara, qui habitent le littoral océanien du Sahara du côté de la rive droite du Sénégal, furent atteints par la maladie à la fin de l'hivernage 1868. Ils perdirent beaucoup de monde, des familles entières, des tribus furent détruites, et dans certains groupes de population la terreur fut si grande que les divers habitants, abandonnant parents et troupeaux, s'enfuirent affolés par la peur, servant ainsi d'une manière très-fâcheusement efficace à la diffusion des foyers épidémiques.

On ignorait à Saint-Louis et dans les postes du fleuve l'apparition de cette maladie. L'attention était portée au contraire du côté du sud, car les années 1866 et 1867 ayant été le théâtre d'épidémies meurtrières de fièvre jaune, on pouvait craindre à bon droit de voir réapparaître le typhus amaril, lorsque le 25 novembre un noir de la ville fut atteint et vint mourir à l'hôpital militaire en quelques heures.

Dans la nuit du 25 au 26 quatre autres noirs, habitant dans des endroits très-éloignés l'un de l'autre, furent atteints à leur tour et moururent en moins de vingt-quatre heures, et bientôt on ne put avoir aucun doute tant sur la nature de la maladie que sur sa forme épidémique et son extrême léthalité.

C'est alors qu'en recherchant les causes de cette atteinte morbide on apprit que les maures Trarza avaient été décimés peu de temps auparavant, et que, depuis quelques semaines, une grande quantité de ces maures, fuyant l'épidémie qui dévastait leur pays, s'étaient dirigés sur Saint-Louis; ils habitaient dans les quartiers de Guet-Ndar et de Ndar tout comme sur l'île même au milieu de la population noire qui venait d'être atteinte à son tour.

Presqu'en même temps que le choléra faisait son apparition à Saint-Louis, il était observé à Dagana, d'où le médecin écrivait à la date du 29 novembre : « L'état sanitaire du poste est satisfaisant; mais un indigène, remplissant les fonctions de commissaire de police, a présenté hier matin des accidents qui me paraissent ne pou-

voir être rapportés qu'au choléra. Dans le village nègre de Dagana règne une mortalité dont se préoccupe la population. D'après mes renseignements, cette augmentation de la moyenne des décès est due à la même maladie. » (Le Breton.)

Le 1er décembre, l'épidémie était à son apogée à Dagana, et elle était terminée le 28 décembre, ayant fait 363 victimes sur une population de 3,500 habitants, c'est-à-dire ayant emporté le 10,4 p. 100.

A Saint-Louis, les tirailleurs sénégalais, qui sont des soldats noirs, furent bientôt atteints; dès le 27 novembre, il fallut se préoccuper des mesures de dissémination des troupes et des moyens d'atténuer une épidémie qui frappait les indigènes avec une extrême sévérité. On envoya les soldats par portions soit à Lampsar, soit à Gandiole, soit à Leybar, en même temps qu'on organisa un service d'ambulances dans l'île même de Saint-Louis; et enfin on ouvrit un hôpital flottant à 2 kilomètres en aval sur le fleuve, pour ne pas infecter l'hôpital militaire qui, au moment où l'épidémie éclata, était rempli des malades de la fin de l'hivernage (164).

Le 29 novembre, la maladie commença à atteindre les Européens, et jusqu'au 31 décembre, moment où elle s'éteignit entièrement, on constata 1,212 décès cholériques sur une population d'environ 8,000 âmes, c'est-à-dire le 14 p. 100.

Les militaires européens perdirent 92 individus sur 1,034 hommes, soit le 15,2 p. 100.

Les matelots embarqués, qui purent être mieux isolés, ne perdirent que le 6 p. 100 de leur effectif.

Les soldats noirs eurent 14 décès de choléra p. 100 d'effectif.

Il ne faut pas croire que le choléra fût plus grave chez les Européens malgré ces chiffres, car si nous avons exactement le nombre des individus de la garnison qui furent atteints et qui succombèrent, nous n'avons que des données très-imparfaites pour les chiffres afférents aux noirs de la population civile. Il faudrait peut-être admettre les proportions de 17 p. 100 de mortalité que la notoriété publique a signalées au moment de l'épidémie.

La maladie présentait une grande gravité; ainsi on a constaté les chiffres proportionnels suivants de morts, relativement aux malades dans les divers établissements de l'État.

	Européens.	Indigènes.
Hôpital militaire.	42 p. 100	81 p. 100
Hôpital flottant	82 »	66 »
Ambulance du Sud.	77 »	77 »
Camp de Gandiole	75 »	70 »
Camp de Lampsar	90 »	» »

Il est probable qu'en ville et dans les campagnes les morts ont été voisins de 95 p. 100 atteintes, écrivait le médecin en chef, à l'issue de l'épidémie.

Les noirs, affolés par la frayeur, fuyaient dans toutes les directions, dans l'espoir d'échapper à la maladie, et portèrent le germe de la transmission dans tous les pays du Cayor; mais on sait que les mois de janvier et de février sont les plus frais de l'année; que le thermomètre descend, même à cette époque, à 12 ou 15 degrés pendant plusieurs jours de suite, de sorte que l'on comprend très-bien que les ravages du choléra s'arrêtèrent bientôt en Sénégambie; mais la semence morbide existait partout et n'attendait que le retour des chaleurs pour reprendre son activité léthale.

En effet, dès le 28 avril le médecin de Dagana signalait la réapparition du fléau, qui y resta à l'état de menace jusqu'au mois de juin pour s'éteindre définitivement à cette époque. Les noirs se hâtèrent de nouveau de fuir; mais la maladie les suivait, aussi signala-t-on bientôt des décès cholériques dans les environs de Mérinhagen, dans plusieurs points du Cayor, du Baol, du Saloum. La Gambie fut atteinte à son tour en avril et, jusqu'au mois de juin, paya un terrible impôt de sang, car notre consul de Bathurst signala que, sur 4,000 noirs de la population urbaine, 1,322 avaient succombé.

Le 18 juin, un noir succomba dans les environs de Sedhiou. Le 25, le village qui entoure le poste fut atteint très-violemment et l'épidémie y sévit jusqu'en août. A ce moment, on peut dire que toute la Sénégambie était en proie à la maladie, car nous trouvons l'indication de quelques décès dans tous les postes de la colonie, grands et petits. A Bakel, le Dr Machisot de Marcheval succombait. L'île de Gorée elle-même, qui avait été épargnée jusque-là, fut le siége d'une poussée qui ne fut ni bien violente, ni bien prolongée, mais qui cependant atteignit et enleva un médecin, le Dr Bernard, qui prodiguait ses soins à la population noire.

Le pays le plus sévèrement attaqué dans ce moment fut Rufisque; on y envoya le Dr Maurel, médecin de 1re classe, qui nous a laissé un excellent rapport sur sa mission, et qui, après être sorti victorieux de la lutte le 19 juillet, vint mourir, sous les coups du fléau, à Saint-Louis en même temps que le gouverneur de la colonie, le colonel Pinet-Laprade. Ces deux morts, aussi inattendues que tristes pour le pays, furent le signal pour ainsi dire de la cessation du choléra, qui n'a plus reparu depuis dans nos possessions sénégambiennes.

Si on veut se rendre compte de la marche de la maladie en supputant les dates et en regardant la carte, on voit que, venue du

Sahara en 1868, elle a suivi le courant de l'émigration des populations jusqu'en Casamance, et qu'au retour des chaleurs, en 1869, il y a eu comme un regain d'atteintes çà et là, la transmission se faisant dans les sens les plus divers; des atteintes spontanées et produites par des germes, déposés probablement l'année d'avant, se reproduisirent sans se propager bien au loin.

Nous n'avons pas de renseignements précis sur les points où l'épidémie s'est arrêtée au sud et à l'est de nos possessions sénégambiennes; mais j'ai lieu de croire que le pays fut ravagé à cette époque dans une immense étendue.

En Sénégambie, les symptômes du choléra n'ont différé en rien de ce qu'ils sont en Europe. Européens, mulâtres ou noirs ont présenté absolument les mêmes caractères; aussi n'avons-nous pas à nous étendre longuement sur les phénomènes morbides de cette maladie, renvoyant aux ouvrages classiques pour son étude plus approfondie; mais, pour avoir une idée de l'atteinte qu'a subie la Sénégambie, je ne saurais mieux faire que de rapporter un extrait du remarquable rapport que feu mon excellent ami, le Dr Maurel, adressa au médecin en chef de Saint-Louis, quelques jours à peine avant d'être lui-même victime du choléra.

Extrait du rapport du Dr Maurel sur le choléra de Rufisque.

Le choléra que nous avons observé M. Caradec et moi, n'a montré sa forme classique qu'à la fin de l'épidémie; elles est trop connue pour que je cherche à la décrire ici; je préfère m'appesantir davantage sur ses diverses variétés ou formes. Nous en avons observé sept principales; ce sont: Les formes foudroyante (I), intestinale (II), asphyxique (III), algide (IV), spasmodique (V), sudorale (VI) et intermittente (VII); les unes se présentant plus souvent que les autres, mais accusant toujours la même gravité.

Il est bien entendu que je ne veux pas décrire des maladies différentes, mais bien chercher à mettre en évidence un symptôme cholérique qui a primé tous les autres sans toutefois les exclure.

I. *Forme foudroyante.* — La forme foudroyante a été très-fréquente au début de l'épidémie : Après un état de malaise de fort peu de durée, caractérisé surtout par la céphalalgie, de l'abattement, les noirs tombaient comme foudroyés; ils poussaient quelques cris inarticulés et indiquaient par signes combien étaient grandes les douleurs pectorales et abdominales; pliés en deux dans la position qu'affectent les individus atteints de coliques sèches, ils attendaient dans la plus grande prostration, la mort qui arrivait le plus souvent après une détente de quelques minutes.

II. *Forme intestinale.* — La forme intestinale de beaucoup plus fréquente était caractérisée surtout par un flux intestinal d'une abondance extraordinaire : l'anxiété précordiale, le coup de barre épigastrique étaient modérés, les crampes peu douloureuses, les vomissements rares. Les selles

prenaient bien vite leur aspect caractéristique; on en comptait jusqu'à 8 et 10 par heure; la soif était des plus vives; le corps se cadavérisait avec une rapidité extraordinaire : chez un noir atteint de cette forme de choléra, on voyait le corps maigrir à vue d'œil : j'estime qu'en moins de cinq heures il a perdu au moins le quart de son poids normal.

C'est dans cette forme que j'ai constaté le plus souvent ce que j'appellerai le mieux de la mort : peu de temps avant la venue du moment fatal, les selles s'arrêtaient, les vomissements, les crampes cessaient, les pouls se relevaient, le corps paraissait moins froid. On aurait dit que l'organisation recueillait le peu de forces lui restant pour engager la dernière lutte. Cet état de bien-être était de courte durée et le malade succombait dans le calme le plus profond et au milieu des efforts d'une réaction incomplète.

III. *Forme asphyxique.* — La forme asphyxique est caractérisée par l'exaspération des symptômes cardiaques et pulmonaires. Dès le début, les malades accusaient une anxiété précordiale des plus douloureuses, les mouvements respiratoires étaient difficiles et pénibles, on aurait dit qu'il existait un poids considérable sur les parois de la poitrine; les battements du cœur d'abord tumultueux s'affaiblissaient à un tel degré que la main appliquée sur la région cardiaque ne les percevait plus, le pouls n'était plus sensible à la radiale. L'intelligence restait intacte jusqu'à la fin, les malades comprenaient qu'ils étaient exposés à un grand danger. La mort survenait par arrêt de la circulation. Dans cette forme les crampes étaient modérées, les selles et les vomissements peu nombreux.

IV. *Forme spasmodique.* — La forme spasmodique serait peut-être mieux appelée musculaire, puisque les principaux troubles avaient pour siége tout le système musculaire. Les crampes étaient générales et tellement douloureuses qu'elles arrachaient des cris atroces aux malades. La face était hideuse tant le système musculaire était pris; les muscles de l'orbite, de la face, du tronc, des membres, le diaphragme, les sphincters, rien n'était épargné; d'où le strabisme divergent, le grimacement de la face, le hoquet, l'asphyxie par arrêt des mouvements d'inspiration, le gargouillement, les efforts impuissants de défécation et de miction. La voix était cassée dès le début même; elle ne se faisait plus entendre jusqu'à la mort, cette dernière arrivait en général par asphyxie. On pourrait rattacher à cette forme, de loin il est vrai, l'ataxique caractérisée surtout par l'agitation et le désordre des mouvements musculaires.

V. *Forme algide.* — La forme algide est caractérisée surtout par un trouble très-grand de la calorification : le refroidissement arrivait avec une rapidité extraordinaire et cependant les malades accusaient une chaleur intérieure intense : la soif était vive, les vomissements abondants. Lorsque cette forme de choléra durait longtemps, on observait des alternatives de réchauffement incomplet et d'algidité, la mort arrivait presque toujours après un commencement de réaction; d'autres fois mais plus rarement, le malade succombait dans l'adynamie la plus complète.

VI. *Forme sudorale.* — La forme sudorale s'est présentée trois fois à mon observation, M. Caradec m'a dit en avoir observé un cas. Ici l'exagé-

ration de la secrétion cutanée paraît former toute la maladie, car les autres symptômes cholériques étaient peu marqués. Cependant la soif était vive, la voix se voilait de bonne heure, l'agitation et les mouvements convulsifs n'arrivaient qu'à la fin. La sueur était tellement abondante que je l'ai vue mouiller en entier un matelas, ses caractères différaient un peu de ceux que présente ordinairement la sueur des cholériques. Ainsi dans cette forme elle conservait son odeur *sui generis*, elle était beaucoup plus fluide et ne donnait pas au toucher cette sensation de viscosité bien connue. Elle m'a paru moins froide. La mort arrivait dans l'anéantissement le plus complet.

C'est dans cette forme que j'ai trouvé portée à son maximum la décoloration de la peau chez les noirs. Dans tous les cas de choléra confirmé, la peau perdait son brillant pour revêtir une coloration terne ; il m'est arrivé de prédire bien souvent une attaque prochaine de choléra en voyant ce changement de couleur sur la figure des noirs qui m'entouraient.

Dans la forme sudorale, les fonctions de la peau étaient tellement troublées que la teinte noire était remplacée presque à vue d'œil par une coloration gris-cendrée analogue à celle que prennent les noirs lorsqu'ils sont transportés brusquement dans un pays froid. J'avais observé déjà ce cas à Terre-Neuve. Y-a-t-il dans ce cas trouble de secrétion pigmentaire ou plutôt n'y aurait il pas, sous l'influence du choléra comme sous l'influence du froid, un arrêt de la secrétion tel que les premières couches de celle-ci emportées, il ne restât au-dessous qu'une couche trop mince pour masquer complétement la coloration rosée du derme ? Je m'arrête à cette opinion qui me paraît plus facile à expliquer surtout dans le cas présent.

VII. *Forme intermittente.* — La forme intermittente ne s'est présentée que deux fois à mon observation et encore le premier cas n'attira-t-il pas toute mon attention. Voici le deuxième : Le noir X...., employé dans une maison de commerce européenne, se dit malade dans la soirée du 4 juillet ; je suis appelé et je constate une attaque de choléra des plus marquées (forme intestinale). Après la prescription d'usage, je me retire et reviens le lendemain matin, je trouve le noir dans un état de bien-être indéfinissable, les selles et les vomissements sont suspendus, la voix est revenue, le pouls est bon, la peau chaude et moite ; on me montre les selles et je constate que leurs qualités physiques ne sont pas changées ; c'est encore les selles cholériques. Cet état de bien-être se maintient toute la journée ; mais le soir vers huit heures, la scène change, la respiration se prend, la voix se voile, les crampes, les vomissements apparaissent de nouveau, la peau reprend sa couleur terne, la sueur est froide et visqueuse ...; cet état persiste toute la nuit et le mieux se déclare dans la matinée pour continuer toute la journée du 6 juillet. C'est alors que je me rappelai et le cas que j'avais observé antérieurement et les observations de choléra intermittent recueillis par les médecins militaires lors de la dernière expédition du Maroc. J'envoyai immédiatement à mon malade du sulfate de quinine ; malheureusement il ne fut pas administré. Le noir succomba dans la nuit du 6 au 7 juillet dans la période algide de son troisième accès cholérique.

Enfin, pour continuer ce qui a trait à la symptomatologie particulière du

choléra, j'ajouterai que j'ai rencontré bien souvent l'anesthésie et quelquefois l'hypérestésie de la peau.

On ne sera pas étonné de ne pas trouver consignés dans ce court rapport des observations nécroscopiques. Exerçant pour ainsi dire sous la tente, au milieu d'une population qui a le plus grand respect pour ses morts, il m'a été impossible de faire une seule autopsie. J'ai été ainsi privé d'une foule de renseignements qui seraient venus corroborer mes observations faites au lit du malade.

Traitement. — Le traitement employé a été des plus simples : amener la réaction et la conduire à bonne fin, tel a été mon but. Je n'ai d'ailleurs guère fait que la médecine des symptômes.

Contre les refroidissements, j'ai employé à l'extérieur l'asséchement avec des linges chauds et secs, l'enveloppement dans des couvertures, les frictions avec l'alcool camphré, le rhum, le vinaigre chaud, l'ammoniaque ; des bouteilles d'eau chaude placées sous les pieds, entre les jambes, les cuisses, sous les aisselles ; à l'intérieur, les stimulants généraux : le vin chaud et sucré, le thé au rhum, à la chartreuse, à la menthe, etc., etc., et cela aussi largement que possible, des lavements de vin chaud.

Contre les phénomènes spasmodiques, à l'extérieur, le redressement brusque des articulations, les frictions stimulantes, l'enveloppement dans un linge sinapisé ; à l'intérieur, l'opium à haute dose.

Contre les vomissements, les stimulants cités plus haut, l'éther, la chartreuse et mieux que tout cela, l'application sur le creux épigastrique d'un sinapisme et de tout petits vésicatoires.

Contre la diarrhée, j'employai au début du bismuth ; malheureusement ce précieux médicament est difficile à administrer ; aussi y ai-je à peu près renoncé pour m'en tenir à l'opium à haute dose et aux lavements amylacés et vineux.

Dans la période de réaction franche que j'ai eu rarement l'occasion d'observer, la limonade froide, les compresses mouillées sur la tête, le bouillon froid faisaient tous les frais de la médication.

Considératians générales. — Cette épidémie cholérique a été précédée par une constatation médicale particulière : les diarrhées avec céphalalgie, abattement des forces, nausées avec soif vive étaient fort communes et se présentaient aussi bien chez les blancs que chez les noirs. Il est probable que l'influence cholérique se fera sentir longtemps encore et que l'on comptera pendant toute la durée de l'hivernage bon nombre de décès par le choléra.

Je dois faire ici un aveu bien pénible et malheureusement trop vrai : de tous les malades atteints de choléra confirmé et que nous avons vus, M. Caradec et moi, et pour lesquels nous n'avons pas été appelés de bonne heure, il n'en est peut-être pas un seul qui se soit sauvé. Il y aurait eu de quoi se désespérer si nous n'avions pas eu devant nous l'exemple de plusieurs de nos prédécesseurs dans la carrière.

Un professeur des plus distingués disait encore dernièrement : « En dehors des quelques jours qui précèdent la fin d'une épidémie cholérique, il est

presque impossible de sauver un malade atteint de choléra confirmé. » Aveu précieux à enregistrer puisqu'il émane d'un homme qui avait vécu près de cinquante ans dans les hôpitaux.

Par contre, tous ceux qui sont venus nous consulter atteints seulement de cholérine, ont pu être sauvés, et le nombre en était très-grand. Plus tard, vers le 10 juillet, nous avons pu mener à bonne fin des cas de choléra confirmé. Cependant il fallait agir avec prudence, car les réactions n'étaient pas nettes et franches et nous avions à lutter centre cette tendance du noir à se lever, manger, se baigner aussitôt qu'il éprouvait une amélioration de quelque durée. Ces imprudences inévitables ont amené des rechutes fatales.

Prophylaxie.—Aurait-on pu, comme l'ont prétendu certaines personnes, par l'application de sages mesures préserver Rufisque du choléra? Ce n'était pas possible à mon avis: Rufisque est une ville ouverte, en relation très-suivie avec les ports de la petite côte, avec l'intérieur; elle ne possède ni police, ni force armée ; sa population est liée par des liens de parenté avec celle des villages voisins, de sorte que l'établissement d'une quarantaine aurait été une mesure illusoire d'abord, désastreuse ensuite, la ville ne s'approvisionnant qu'à l'intérieur, et d'ailleurs un cordon sanitaire, l'épaisseur et la hauteur des murs d'enceinte ont-ils jamais préservé une ville d'une épidémie

La seule prophylaxie admissible est celle que je pourrais appeler personnelle: guérison rapide de toute maladie antérieure, bonnes conditions hygiéniques, dissémination au loin des malades et de la population. C'est ce que j'ai conseillé à Rufisque : près de 2,000 noirs ont émigré vers les champs; le vide se faisait ainsi devant l'épidémie qui bientôt a diminué d'intensité.

Conclusions. — 1° Le choléra qui a sévi aux Bargnys et à Rufisque ne s'est pas développé sur place.

2° Il est d'importation étrangère; des noirs atteints par le choléra arrivent de Gambie, contrée où sévissait cette maladie, meurent à Bargny, M'Gouda, et communiquent le choléra à leurs voisins. De là l'épidémie s'étend sur toute la contrée.

3° Les conditions hygiéniques, les influences telluriques ne peuvent être mises en avant pour expliquer la gravité du choléra, sa marche, etc., etc.

4° Le choléra m'a paru être une affection à la fois infectieuse et contagieuse en prenant ce mot dans l'acception la plus large.

5° Il a sévi à Rufisque pendant cinquante-six jours, du 24 mai au 19 juillet inclusivement.

6° Les blancs, les mixtes, les noirs ont été atteints, ces derniers plus gravement.

7° La durée minimum a été de quelques heures (cas foudroyants) et sa durée maximum de trois jours.

8° La terminaison la plus ordinaire a été la mort, rarement les réactions ont été franches.

9° Le choléra a toujours cédé aux moyens thérapeutiques employés.

10° Les cas foudroyants ont été très-nombreux.

11° La mortalité a été plus grande chez les hommes que chez les femmes et les enfants.

12° Il a été enlevé 1/7 à 1/6 de la population.

13° Comme moyens prophylactiques, il en existe deux de précieux : le premier, particulier, consiste à guérir le plus tôt possible toute maladie antérieure afin de ne pas ouvrir la porte au choléra ; le deuxième consiste à disséminer au loin malades et valides.

Le médecin de 1re classe chargé du service à Rufisque,

31 juillet 1869. *Signé :* MAUREL.

En 1868 et 1869, le médecin en chef de la colonie recommanda le traitement suivant qui a donné de bons résultats; nous croyons devoir le rapporter:

Donner, aussitôt que les selles survenaient avec ou sans vomissements, une potion ainsi composée:

Prescription: Ether sulfurique, 1 gr.; laudanum, 1 gr.; sirop de gomme, 20 gr.; eau gommée, 100 gr.; — *f. s. a.* Une potion à prendre par cuillerées à café tous les quarts d'heure.

La formule la plus simple paraissant dans ce cas la plus pratique et la mieux appropriée à la situation, les pharmaciens de la ville furent autosés à la délivrer à tous ceux qui la réclameraient, sans ordonnance spéciale signée d'un médecin.

On devait donner en même temps pour boisson aux malades du thé punché chaud, lui frictionner les membres avec de l'eau-de-vie camphrée, l'envelopper dans des couvertures de laine, et le réchauffer au moyen de briques chaudes ou de bouteilles remplies d'eau chaude.

« C'est ce traitement qui nous a procuré les cas assez nombreux de guérisons que nous avions eu à enregistrer à l'hopital militaire, et dans notre pratique civile, disait le médecin en chef dans son rapport. Chacun a varié ce traitement selon ses inspirations et ses observations propres, mais c'est à lui que la majeure partie a eu recours, et lorsqu'il a été suivi avec persévérance, sans qu'on y ait introduit des éléments étrangers, ce qui malheureusemont en ville a été bien rare, nous en avons constaté les bons résultats.

« Lorsque la maladie dans son cours changeait de caractère et passait d'une période à une autre, nous modifiions notre traitement ; le thé punché était remplacé par le thé léger d'abord, par le tilleul aromatisé avec de l'eau de fleurs d'oranger ensuite; le bouillon, le vin sucré étaient ordonnés aussitôt que les malades pouvaient le supporter. Enfin quand les symptômes typhoïdes se montraient, ce qui n'a eu lieu que chez un sujet, les potions sulfatées, la glace, la

limonade gazeuse, le quinquina étaient mis en usage en même temps que les révulsifs appliqués sur les téguments. » (Rulland.)

Mesures de précautions employées en 1868 et 1869.

Nous croyons utile de rapporter à titre de renseignement ce qui fut fait en 1868 et 1869, pour diminuer le plus possible les ravages de l'épidémie cholérique.

Les deux casernes qui sont sur la place de Saint-Louis furent évacuées. On envoya à Gandiole les tirailleurs sénégalais qui furent disséminés par petits groupes de six à huit hommes assez éloignés les uns des autres, communiquant le moins possible entre eux et entourés d'un cordon sanitaire pour éviter leur communication avec le restant de la population.

Les spahis furent aussi envoyés à Gandiole et placés dans les mêmes conditions.

Les disciplinaires et l'infanterie de marine furent partagés en plusieurs campements et envoyés à Lampsar; il y avait un groupe de 150 hommes autour du poste dans des baraques ou sous la tente.

A cinq kilomètres du poste près le poteau télégraphique n° 778, au bord du Marigot, dans un endroit où il y a de beaux tamariniers, on mit une centaine d'hommes, les tentes d'ambulance et les approvisionnements, le tout bien espacé et isolé.

Les communications se faisaient par embarcation sur le Marigot.

C'est ici le lieu de dire ce que nous avons dit dans notre étude sur la fièvre en Sénégambie en parlant des mesures prophylactiques qu'il faudrait, que, dans les environs de Saint-Louis comme de Dakar, on fît dès à présent des stations constituées par un puits ou une citerne, une chambre en maçonnerie, un four et un bouquet d'arbres. Ces stations bien isolées serviraient de campement à deux petits groupes de troupes (cent hommes au plus), quand la colonie serait menacée d'une épidémie, et ces groupes d'hommes n'auraient entre eux que les communications que nous avons spécifiées.

Fièvres.

La fièvre cède plus facilement à la médication quinique; l'élément paludéen cède le pas d'une manière bien marquée aux autres causes de maladies, et nous allons la voir diminuer de plus en plus de fréquence et d'intensité jusqu'à la réapparition des chaleurs et des pluies.

MALADIES ENDÉMIQUES CLIMATÉRIQUES.

En revanche cette catégorie de maladies est à son apogée de fréquence et de gravité — elle domine la pathologie de la contrée au

moment qui nous occupe, et bien qu'elle atteigne moins de monde, elle est plus fâcheuse pour le patient que le paludisme, car elle abandonne rarement la victime dont elle s'est emparée et menace trop souvent l'existence à courte échéance.

Hépatite.

L'hépatite est une maladie relativement assez fréquente en tous les temps au Sénégal, et particulièrement dans le moment qui nous occupe ; aussi nous permettra-t-on de nous en occuper actuellement d'une manière spéciale.

Commençons par rappeler que, toutes choses égales d'ailleurs, l'élévation de la température, qui est une des particularités des zones torrides, prédispose au Sénégal à l'hépatite par les modifications profondes qu'elle entraîne dans l'hématose, et par conséquent dans le balancement physiologique qui existe entre les fonctions du poumon et celles du foie.

Les brusques variations de température et d'humidité de l'atmosphère ont, dans tous les pays chauds, une influence très-sensible sur la production de l'hépatite, et la chose est facile à comprendre d'après les données de la physiologie moderne. En effet, la chaleur qui règne habituellement à certaines heures de la journée, donne à la peau une activité plus grande et par conséquent attire le sang à la périphérie du corps, puis une brusque dépression de la colonne thermométrique refoule rapidement le sang vers les centres et prédispose ainsi aux congestions viscérales. Le foie se trouvant, par ailleurs, très-disposé à l'hyperhémine et à la congestion, est naturellement plus vivement et souvent plus facilement impressionné par ces oscillations.

Quant à ce qui est de l'humidité, il faut se souvenir que suivant que la brise incline de quelques degrés vers l'E. ou vers l'O. quand elle souffle du N., l'hygromètre va de 0 à 70 sur le littoral de la côte sénégalaise, et il tombe sous les sens que la peau, les poumons et le foie soumis alternativement à ces variations extrêmes, doivent être le siége d'oscillations de circulation extrêmement marquées. Or, en connaissant ces particularités nous pouvons, à l'avance, penser que l'hépatite est fréquente dans le moment actuel en Sénégambie.

Nous avons dit déjà que, toutes choses égales d'ailleurs, l'hépatite est une maladie relativement très-fréquente au Sénégal ; ajoutons qu'elle affecte certains individus dès leur arrivée dans le pays, qu'elle en frappe d'autres après un certain temps de séjour, se présentant alors comme le moyen que la nature emploie, pour ainsi dire, pour montrer à l'Européen qu'il ne doit pas espérer de vivre

sous la zone torride ; enfin, qu'elle se manifeste soit à l'état aigu, soit surtout à l'état chronique et constitue une gêne, une infirmité en même temps qu'une menace permanente chez le blanc qui a pu passer de longues années dans le pays et qui, sans elle, pourrait se croire *créolisé*, c'est-à-dire pourrait espérer que le séjour en Sénégambie ne lui est pas contraire.

L'hépatite se montre dans deux conditions très-opposées et qu'il faut bien avoir présentes à la mémoire pour se rendre compte de ses principales particularités. Dans certains cas elle se développe secondairement à la dysentérie, étant alors une sorte d'affection consécutive, tandis que dans d'autres elle est primitive, idiopathique pour ainsi dire. Ces deux conditions de la maladie réagissent sur certains détails de son histoire, sur sa gravité par exemple, et doivent influer aussi sur la thérapeutique ; mais elles n'entraînent pas des différences sensibles dans l'expression symptomatique, aussi n'aurons-nous pas à faire deux descriptions séparées sous ce rapport ; nous allons ne faire qu'une description unique des symptômes de l'affection, rapportant à mesure les particularités qui distinguent une forme de l'autre.

Dutrouleau a partagé l'hépatite des pays chauds en quatre degrés : 1° point de côté hépatique ; 2° hépatite aiguë ; 3° hépatite chronique ; 4° abcès du foie. Nous suivrons cette division qui est très-pratique et qui nous permet d'envisager tous les cas que l'on rencontre habituellement, si on tient compte des conditions différentes dans lesquelles la maladie peut se présenter : atteinte idiopathique, complication de la dysentérie,

Nous ne pouvons cependant oublier de faire remarquer que cette division est très-attaquable, étant passible du grand reproche de faire entrer dans la même ligne de compte et un symptôme, le point hépatique, l'abcès du foie, et une phlegmasie, l'hépatite aiguë, tandis que sous le nom d'hépatite chronique on comprend des états très-différents les uns des autres. L'objection est très-vraie et très-sérieuse, je ne sais même pas si je ne chercherai pas ultérieurement à en tenir compte dans une monographie sur l'hépatite des pays chauds, mais pour le moment, tenons-nous en à la division actuelle qui est sanctionnée par l'usage et qui, d'ailleurs, n'a pas dans la pratique les inconvénients qu'on est disposé à lui trouver de prime abord.

A. *Point hépatique.*

Le point hépatique est caractérisé par une pesanteur douloureuse allant même parfois jusqu'à la douleur vive et siégeant à l'hypo-

chondre droit. C'est une affection légère quand aucune autre complication ne se présente d'une manière concomitante et qu'il est le signe d'une congestion idiopathique passagère de l'organe. C'est le début d'une affection grave dans mille cas, de sorte qu'on ne peut établir d'un mot son pronostic.

Le point hépatique est l'indice d'une hyperhémie de l'organe; il est fréquent au Sénégal et plus à Saint-Louis qu'à Gorée; il tient évidemment aux transitions de température qui sont plus brusques sur les rives du fleuve qu'au cap Vert. Nous aurons à étudier le mécanisme de sa production quand nous parlerons de l'étiologie de l'hépatite; occupons-nous actuellement de la description de ses symptômes.

Le point hépatique débute souvent d'une manière assez brusque, à la suite d'une fatigue corporelle ou d'un excès de boisson, plus rarement d'une manière sourde, et peu à peu; cependant ce dernier mode n'est pas rare, car chez nombre de sujets le foie commence à s'engorger d'une manière lente mais assurée dès leur arrivée au Sénégal, de telle sorte qu'on peut dire d'eux que toute acclimatation dans le pays est impossible.

La douleur du point hépatique est plus ou moins étendue : le malade la localise très-exactement et le toucher la limite très-bien à certains moments; elle est pongitive comme si on enfonçait un clou dans la région, tandis que le plus souvent, dans la journée, elle reste à l'état de pesanteur sourde et douloureuse.

Peu après l'apparition du point hépatique, il y a une réaction organique, fébrile, généralement peu accentuée : c'est-à-dire que la peau est chaude mais sans dépasser 38°5 à l'aisselle, le pouls est plein à cinq ou dix pulsations au-dessus de son rhythme habituel; il y a un peu de céphalalgie. Pour peu que l'affection soit intense, on constate un phénomène remarquable du côté de la respiration : c'est la gêne de l'inspiration qui est courte, comme bridée par la douleur.

Du côté du tube digestif, on observe des phénomènes d'embarras gastrique; la langue est large, blanche, recouverte d'un enduit bientôt assez épais, il y a de l'anorexie, mauvais goût à la bouche et souvent quelques nausées ou des vomissements bilieux même, un peu de constipation.

Cet état dure généralement peu, il se termine soit par la résolution, soit par l'aggravation. Dans le premier cas, au bout de trente-six, quarante-huit heures, trois jours, soit spontanément et plus volontiers sous l'influence d'une médication appropriée, dans laquelle un purgatif tient la première place, il y a une débacle

diarrhéique à la suite de laquelle la douleur hépatique et les phénomènes réactionnels disparaissent assez complétement et pour un temps plus ou moins long, avec cependant une tendance très-fâcheuse à la récidive.

Ce point hépatique se manifeste dans des conditions assez opposées pour qu'il soit nécessaire d'en tenir compte. Ainsi chez certains individus, il se montre peu après l'arrivée dans le pays et va en augmentant d'intensité jusqu'à une certaine limite, puis reste stationnaire pendant plus ou moins de temps, sans être incompatible avec un bon état général de santé. Dans ces cas, il est vrai, le sujet est exposé plus que d'autres à une explosion d'hépatite aiguë, ou à l'établissement d'une hépatite chronique sans atteinte bien aiguë. Mais dans nombre de circonstances on voit, si le sujet est sobre et suit une hygiène sévère, cet état durer des années sans entraîner des accidents sérieux.

Dans d'autres conditions, on voit les sujets qui arrivent de France être atteints de fièvre paludéenne, et peu à peu présenter des phénomènes de point hépatique au moment de la production des accès. Le mécanisme de cette variété-là a été très-bien mis en lumière par M. Haspel, qui en a étudié l'anatomie pathologique, et l'a appelé le ramollissement rouge du foie. Ne pouvant entrer dans de trop longs développements sur ce sujet ici, je me contente d'indiquer le lieu où le lecteur peut trouver d'excellents renseignements. Seulement, je dirai que si le plus souvent le point hépatique est bien réellement le résultat d'une congestion et d'un ramollissement du foie due au paludisme, dans nombre de cas cependant, ces accès de fièvre que l'on constate ne sont pas d'origine miasmatique, mais au contraire, sont le résultat d'une hyperhémie hépatique, une véritable hépatite aiguë limitée et latente, et dans ce cas, la quinine ne donne aucun bon résultat. On sera étonné de me voir allier ces deux mots, hépatite aiguë et latente, quand je parle d'accès de fièvre, et cependant je puis affirmer qu'un bon quart des fièvres qui sont traitées dans les hopitaux du Sénégal comme étant d'origine miasmatique, ne sont que symptomatiques d'une lésion provenant du foie.

Malheureusement, il n'y a guère moyen de faire la distinction entre les deux états. D'une part la fréquence de la fièvre, d'autre part la possibilité menaçante des accès pernicieux, par ailleurs, le silence intentionnel et surtout inconscient du malade, font que, dans l'immense majorité des cas, on ne peut faire le diagnostic seul que lorsque la maladie est accentuée davantage.

Dans certaines circonstances, le point hépatique se développe

dans le cours d'une dysentérie et constitue une complication. Dans ce cas, plus que dans tous les autres peut-être, il est l'indice d'un commencement d'hépatite aiguë, et nous allons l'étudier plus en détail dans un moment.

B. *Hépatite aiguë.*

L'hépatite aiguë est une maladie fébrile qui survient soit d'une manière spontanée, soit comme complication de la dysentérie, et qui débute avec plus ou moins d'intensité, tantôt par l'exagération du point hépatique, tantôt par une douleur vive dès le premier moment.

Généralement le début est signalé par un accès de fièvre qui ressemble tellement à la fièvre intermittente, qu'il est pris pour un phénomène d'intoxication paludéenne, et si la douleur de côté n'est pas très-forte dans ce moment, le diagnostic peut rester plusieurs jours indécis ; dans une bonne moitié des cas, peut-être les phénomènes sont tels que ce diagnostic est hésitant pendant un, deux et même quelquefois plusieurs jours. Notons que si l'hépatite aiguë se manifeste dans le cours d'une dysentérie et comme complication de cette maladie, son début est signalé par un arrêt brusque des symptômes intestinaux ; on dirait qu'il y a une sorte de loi de balancement entre les symptômes, les selles s'arrêtant au moment où le foie s'engorge ; mais ce balancement ne dure pas plus longtemps, et ultérieurement les selles peuvent être nombreuses ou rares sans réagir sur la marche de l'affection du foie.

La douleur de côté a besoin de nous arrêter un instant ; elle apparaît souvent pendant ou peu après l'accès de fièvre initial, et elle est assez vive en général, elle est très-comparable souvent à la douleur de la pleurésie, il n'est pas rare de la voir violente au point d'arrêter brusquement l'inspiration dans sa course, d'arracher des cris au malade et de lui faire prendre une position penchée, fléchie à droite, caractéristique en un mot de l'affection ; mais n'oublions pas de dire que si, dans la majorité des cas, la douleur de l'hypochondre est le signe principal et évident de l'hépatite aiguë, il n'est pas rare qu'elle soit modérée, qu'elle manque même. J'ai vu pour ma part et je connais mille faits de la pratique de mes collègues dans lesquels la douleur hépatique a fait absolument défaut : la maladie a été quelques fréquentes fois assez insidieuse, assez obscure pour pouvoir parcourir toutes ses périodes, arriver à la suppuration, à la mort même, avant que le diagnostic ait pu être porté.

Un signe signalé par tous les auteurs et que l'on observe fréquemment, c'est la douleur de l'épaule, douleur plus ou moins vive, de caractères très-divers, tantôt pesante seulement, tantôt pongitive

avec des points qui rappellent ceux de la névralgie avec laquelle ils ont tant d'affinité. On a expliqué, on le sait, cette douleur par des rapports nerveux; je ne m'y arrêterai pas plus longtemps, disant que malgré les dénégations de quelques auteurs, j'ai constaté nombre de fois et sur moi-même entre autres la douleur de la région iliaque et crurale antérieure, sans préjudice de la douleur de l'épaule.

Le malade a une petite toux sèche pendant laquelle la douleur du côté augmente, et c'est au point que nombre de fois on a méconnu tout à fait l'hépatite pensant à une pleurésie à droite; erreur d'autant plus facile qu'il n'est pas rare dans l'hépatite de la face convexe, de voir une irritation sympathique ou de voisinage de l'autre côté du diaphragme.

Si on percute le foie, il semble souvent un peu augmenté de volume et surtout on provoque une certaine douleur qui met très-heureusement sur la voie du diagnostic. J'ai vu nombre de cas où les autres signes étaient assez obscurs et où la palpation de l'organe m'a renseigné convenablement; car le malade qui ne ressentait quelquefois pas une douleur spontanée bien manifeste, accusait un sentiment pénible bien franchement ressenti à certains points pressés avec la main.

Les muscles intercostaux de l'hémithorax droit restent immobiles pour ne pas presser sur le foie qui est augmenté de volume, de sorte qu'on a ainsi parfois un précieux signe fourni par la première inspection du sujet; mais n'oublions pas de dire que, comme les autres, ce signe est très-aléatoire.

Si le point hépatique a pu exister sans fièvre, il n'en est pas de même ici: le pouls est fébrile, plein et tendu, allant de 110 à 140 dans la phlegmasie aiguë du foie et, après la manifestation de ces accès du début qui, avons-nous dit, ressemblent à la fièvre paludéenne, on voit le malade plongé dans un état fébrile bien marqué. La peau est sèche, chaude et donne une sensation d'âcreté au toucher; bref, on constate à première vue une réaction générale intense sous l'influence de l'inflammation glandulaire.

Le thermomètre est utile ici comme dans mille cas, et sans en exagérer l'importance, je puis dire qu'il m'a rendu des services. Je n'entrerai pas dans de longs détails à ce moment sur ce sujet; mais je dirai d'un mot que son inspection et la notation exacte du pouls donnent de bonnes indications pour l'opinion qu'on doit se faire sur la marche de la phlegmasie; car, si on voit la température redevenir normale ou à peu près dans les trois ou cinq premiers jours, on peut espérer la résolution, tandis qu'il y a grandement à craindre la

suppuration si la fièvre reste forte et la température élevée entre 38°, 5 — 39° — 40° pendant plus d'une semaine.

On comprend que, vu l'accentuation plus forte de la maladie, l'état saburral et bilieux des premières voies que nous avons indiqué pour le point hépatique soit plus accentué encore ici ; et en effet, la langue est sale, quelquefois pointue et un peu rouge à son limbe, le plus souvent plate et large, toujours chargée d'épithélium blanchâtre ; il y a de l'anorexie, de la soif ; bref, tous les phénomènes de l'état saburral, réaction de cette partie du corps dans l'état fébrile.

Quelques vomissements bilieux se montrent parfois ; mais ils ne sont pas la règle générale, car le foie atteint d'inflammation n'a pas toujours une hypersécrétion biliaire bien accentuée.

La pression de la main sur l'estomac provoque souvent de la douleur ; mais il faut faire attention que, c'est parce que cette pression retentit sur le foie et non parce que le ventricule est malade par lui-même, l'hépatite peut exister à tous les degrés sans réagir bien directement sur l'estomac ; il y a ici une question de voisinage de l'inflammation qui préside d'une manière absolue à l'existence ou à l'absence des phénomènes gastriques.

Il y a en général de la constipation pendant les premiers temps de la période fébrile. J'ai dit tantôt que, lorsque l'hépatite se montre dans le cours d'une dysentérie, elle est très-généralement annoncée par un arrêt subit des selles. Cette constipation est un phénomène du début et des diverses exacerbations de la maladie, elle m'a paru comme à mes prédécesseurs coïncider avec la poussée phlegmasique, d'où une indication plus péremptoire encore, d'agir sur l'intestin et de provoquer l'évacuation des selles dans les atteintes d'hépatite aiguë.

Dans le degré qui nous occupe, la détente arrive plus lentement que dans le point hépatique, soit qu'elle survienne spontanément, soit qu'elle ait été provoquée par une médication appropriée. Ce n'est guère que le troisième ou le quatrième jour qu'elle se montre ; lorsque les phénomènes fébriles s'amendent à cette date, on peut espérer que la terminaison par résolution se produira. J'ai dit précédemment que lorsqu'au contraire la fièvre persiste plus longtemps, on doit grandement craindre la formation d'une collection purulente.

Au moment de la rémission, on voit paraître parfois un peu d'ictère, mais ce symptôme n'est pas constant ; très-souvent, il y a un peu de coloration jaune des conjonctives même dans le cas où le tégument présente la coloration ordinaire ; mais, je le répète, dans maintes circonstances, on ne voit rien d'anormal de ce

côté et ce que j'ai dit à plusieurs reprises de l'insidiosité de la maladie, nous portait à le penser *a priori*.

On voit le plus souvent de nouvelles exacerbations se montrer pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures après la première poussée fébrile; ce sont autant de petits orages hépatiques moins accusés que le premier, mais ayant les mêmes caractères avec un peu d'atténuation dans leur intensité seulement, puis la convalescence ou le passage à un autre état se manifeste, car l'hépatite aiguë peut se terminer, soit par résolution plus ou moins franche, soit par hépatite chronique, soit par la formation d'un abcès au foie.

Si nous n'avons en vue que la terminaison prochaine de l'état phlegmastique et fébrile qui constitue l'hépatite aiguë, nous pouvons dire que la maladie que nous venons de décrire est peu grave en général, la preuve c'est que la guérison est la règle, et que j'ai vu nombre d'individus pouvoir continuer à séjourner de longues années dans la colonie après une atteinte bien évidente d'hépatite aiguë, mais cependant il ne faut pas se laisser aller à un optimisme exagéré quand on voit la résolution se manifester même rapidement, et, au contraire, il faut établir en règle générale que celui qui a eu une atteinte d'hépatite aiguë est tout spécialement prédisposé à d'autres atteintes, et même dans le cas où l'acuité ne se manifesterait pas, la condition ne serait pas très-sensiblement améliorée, car il aurait également à craindre et l'hépatite chronique et l'abcès du foie, les deux même. Enfin, n'oublions pas de répéter encore que la maladie qui nous occupe est la plus insidieuse que l'on connaisse peut-être, car non-seulement elle n'est pas diagnostiquée pendant son évolution quelquefois, mais, même alors qu'elle est parfaitement reconnue, il arrive trop souvent qu'elle semble céder facilement, donnant raison tout d'abord à toute sorte de tentative thérapeutique, puis après un temps de silence plus ou moins grand, elle désabuse celui qui avait cru à son arrêt ou sa disparition en se manifestant par les symptômes ultérieurs qui frappent l'observateur de stupeur autant que d'effroi.

C. *Hépatite chronique.*

Elle se déclare soit à la suite d'une hépatite aiguë, soit simplement à la suite d'un point hépatique et de phénomènes que le malade et le médecin avaient considérés comme une simple gastralgie, un peu d'anémie. Les relations de la gastralgie et de l'hépatite chronique sont très-remarquables et ont besoin d'être étudiées avec soin, je regrette de ne pouvoir y consacrer un certain temps dans mon étude actuelle, je voudrais bien montrer que des sujets qui ont

semblé se bien porter pendant tout le temps de leur séjour dans la colonie, qui n'ont eu à se plaindre que d'un peu de manque d'appétit, d'une certaine difficulté dans les digestions de tous ou de quelques aliments, présentent un beau jour au médecin les symptômes d'une hépatite chronique avancée qui s'est établie très-sourdement, sans bruit et comme on dit d'une manière latente, les phénomènes extérieurs s'étant confondus avec ceux d'une anémie quelquefois peu accusée elle-même. Que ceci vienne s'ajouter encore dans l'esprit du lecteur pour le bien pénétrer de l'insidiosité des phénomènes de la phlegmasie aiguë ou chronique du foie, au Sénégal.

L'hépatite chronique est caractérisée par une gêne et un sentiment de pesanteur dans le côté droit ; le foie est pesant, dit le sujet habitué depuis un certain temps à cette sensation et ayant l'habitude assez fréquemment de faire automatiquement un mouvement d'élevation du moignon de l'épaule, comme s'il voulait s'affranchir de la tension d'une bretelle trop courte. On en voit porter, d'une manière inconsciente, la main à l'hypochondre droit, soit pour le presser quelquefois, soit plus souvent, pour empêcher la pression du pantalon. Tous phénomènes qui indiquent une gêne réelle et longtemps continuée.

Une douleur sourde se montre de temps en temps d'une manière passagère, ayant même parfois assez d'acuité pour faire croire un instant au retour d'un état aigu. Il n'est pas impossible que ce soit les symptômes de petites poussées phlegmasiques réellement aiguës mais trop peu étendues pour provoquer une réaction générale bien accusée.

La toux hépatique se montre quelquefois pendant plus ou moins de jours : c'est encore un phénomène de même nature. On a dit aussi qu'il y a fréquemment des vomissements bilieux le matin, mais ici il faut faire la part du vomissement gastralgique et surtout alcoolique que les habitants des colonies ont aussi souvent peut-être que l'hépatite chronique, et bien que les habitudes d'intempérance aient une liaison intime avec cette hépatite chronique, il faut rattacher le vomissement naturel à l'abus des boissons fermentées plutôt qu'à la maladie qui nous occupe actuellement.

Il y a, dit-on, assez généralement de l'ictère ; c'est vrai, mais comme cet ictère ne se montre pas toujours et surtout comme il n'est ni très-accusé ni très-généralisé, il ne faut pas y attacher une importance pathognomonique. Parfois l'ictère léger est borné aux conjonctives, d'autres fois il est si bien fondu dans la couleur de la peau, qu'on est porté à ne pas le remarquer ; il se confond trop

souvent avec la teinte anémique qu'on a appelé le *teint colonial*. Lorsque la maladie est très-avancée, elle donne au malade un aspect saisissant au premier coup d'œil, mais nombre de fois les phénomènes n'ont rien d'exagéré de ce côté.

Les fonctions digestives présentent des troubles presque constamment, à peu près toujours les mêmes, et cela pour la double raison que l'affection du foie les engendre et que la gastralgie est très-fréquente chez les sujets qui nous occupent, même alors qu'ils ne sont absolument pas entachés d'alcoolisme. L'appétit est capricieux, il y a des appétences et des répulsions injustifiées pour certains aliments. Il y a des révoltes de l'estomac qu'on ne peut prévoir et qui déroutent le plus prudent et le plus attentionné à les éviter.

Les selles présentent des caractères variables : tantôt il y a de la constipation, tantôt il y a des selles décolorées, quelquefois de la diarrhée, en un mot le trouble que nous venons de signaler dans la première partie du tube digestif, se montre dans toute l'étendue de l'intestin. Il y a parfois des poussées de selles bilieuses, sortes de débâcles hépatiques qui méritent d'être étudiées avec soin, car trop souvent elles sont l'origine d'une dysentérie qui provoque alors l'explosion d'un abcès du foie avec une rapidité véritablement extraordinaire.

Dans le courant de l'hépatite chronique, on voit survenir fréquemment des poussées inflammatoires plus ou moins vives, comme je le disais précédemment, et de véritables atteintes d'hépatite aiguë se manifestent, on dirait même que le sujet est plus spécialement prédisposé que les autres.

Après une durée plus ou moins longue, des rechutes plus ou moins fréquentes, on voit se manifester les signes obscurs d'abord, puis plus évidents de la formation d'une suppuration hépatique dans nombre de cas, ou bien le sujet est sous le coup d'une anémie de plus en plus grande qui le laisse à découvert en présence de mille chances de mort que l'Européen a devant lui au Sénégal. Quelquefois c'est une sorte de choléra sporadique, le *diank*, d'autres fois c'est comme un fantôme d'accès pernicieux, c'est-à-dire un accès de fièvre un peu plus sévère que le plus bénin qui emporte le sujet ; c'est encore un léger refroidissement qui provoque une pneumonie ou une pleurésie mortelles ; en un mot le sujet est comme une pâture facile et assurée à la mort, qui profitera de l'excuse la plus légère pour l'emporter.

Dutrouleau a dit que les maladies du foie, autres que l'hépatite, sont très-rares dans les pays chauds, et il ajoute que cette rareté est telle qu'il n'a jamais constaté une de ces maladies dans le cours de

sa longue pratique coloniale. Le savant médecin de la Martinique me semble avoir raison seulement jusqu'à un certain point, et je dirai que j'ai vu mourir plusieurs individus d'ictère grave, au Sénégal. Or, à moins de ne pas considérer l'ictère grave comme une maladie du foie, l'opinion de Dutrouleau est, on le voit, inapplicable à la pathologie de la Sénégambie.

D'autre part, j'ai manifestement constaté des cas de cirrhose, d'hypermégalie, de cancer du foie chez des individus qui étaient considérés comme atteints d'hépatite chronique. De sorte que, sans soutenir que ces maladies du foie autres que l'hépatite sont aussi fréquentes au Sénégal que dans les zones tempérées, je suis tout à fait disposé à dire qu'elles n'y font pas absolument défaut, comme l'a pensé mon savant prédécesseur.

Abcès du foie.

A la suite de l'hépatite aiguë quelquefois ou à la suite de l'hépatite chronique, aussi souvent au moins, on voit survenir une suppuration hépatique. Cette suppuration présente des caractères différents suivant le cas, aussi avons-nous besoin de faire la distinction des deux catégories : A. Abcès succédant à l'hépatite aiguë ; B. Abcès succédant à l'hépatite chronique.

A. *Abcès succédant à l'hépatite aiguë.*

Dans le cours d'une hépatite aiguë qui n'a pu être jugulée par un traitement approprié, on voit souvent se manifester une suppuration du foie et ici plusieurs cas peuvent se présenter : tantôt l'inflammation qui était vive et qui semblait n'être influencée en rien dans son acuité par la thérapeutique, s'arrête tout à coup, plus vite presque que si la guérison par résolution arrivait ; tous les phénomènes aigus disparaissent, mais le sujet n'entre pas en convalescence pour cela, et deux, trois, cinq, huit jours après, on constate les phénomènes physiques ou rationnels de l'abcès du foie.

Tantôt au contraire les accidents graves vont en augmentant de nombre et d'acuité : le pouls devient concentré et irrégulier ; de petites exacerbations fébriles viennent se surajouter à un état de fièvre continue déjà très-fâcheux ; l'ictère se prononce un peu plus même quelquefois, puis les phénomènes dits typhoïdes se manifestent et le malade succombe bientôt aux progrès de la suppuration qui, dans ce cas, est pour ainsi dire diffuse dans l'organe et qui a produit des accidents mortels d'infection putride.

Disons incidemment que cet état est parfois si insidieux que la véritable maladie n'est reconnue qu'à l'autopsie ; c'est ainsi qu'on

voit de nombreux cas dans les hôpitaux du Sénégal, où la feuille de clinique porte fièvre typhoïde au diagnostic, quelquefois pleurésie, et où l'autopsie au contraire ne révèle que des abcès dans le foie. Et qu'on ne croie pas que, dans ces circonstances, le médecin traitant doive être accusé d'impéritie ou de négligence. Il m'est arrivé à moi-même et cela maintes fois, au moment où je prenais des notes sur l'hépatite, c'est-à-dire lorsque j'avais l'esprit tendu vers la maladie et que j'en recueillais les observations avec soin, d'être trompé par l'insidiosité d'une atteinte et de ne découvrir l'hépatite qu'à l'amphithéâtre.

B. *Abcès succédant à l'hépatite chronique.*

Chez un individu qui a présenté plus ou moins vivement les phénomènes que nous avons signalés précédemment, on voit survenir insidieusement un état d'affaiblissement et des accidents qui révèlent la suppuration du foie, et tous les médecins qui ont pratiqué dans les pays chauds sont unanimes à dire qu'à la suite de la phlegmasie hépatique ayant duré plus ou moins longtemps, lorsque la résolution ne se fait pas franchement et que la convalescence reste indécise, que la peau reste chaude et sèche avec un peu de mouvement fébrile le soir, que le malade maigrit, prend une teinte terreuse, on peut craindre la formation d'un abcès du foie, n'aurait-on aucun autre signe pour le diagnostic.

Ce sont quelques accès de fièvre avec frisson, chaleur et sueur, qu'on prend, quand on n'y fait pas une extrême attention, c'est-à-dire le plus souvent, pour une manifestation de l'impaludation, alors qu'elle n'est que la fièvre de suppuration, qui se manifestent d'abord et qui pendant un certain temps sont les seuls signes extérieurs de la désorganisation parenchymateuse.

La douleur du côté est nulle si elle n'existait pas précédemment; si même elle existait, elle diminue très-sensiblement, disparaît même, mais la respiration reste courte et comme bridée, indice qui peut mettre le médecin sur la voie du diagnostic dans certains cas d'hésitation. Pour être juste cependant, il faut convenir que ce symptôme est assez peu accusé dans les premiers temps pour passer trop souvent inaperçu : il faut que le médecin ait une grande habitude des maladies des pays chauds pour avoir l'esprit porté de ce côté.

Que la douleur de l'hypochondre soit vive ou non, il n'est pas rare de constater des douleurs sympathiques dans l'hépatite aiguë, et celle de l'épaule est si fréquente et si généralement connue par le vulgaire même, qu'il nous suffit de la signaler sans insister bien

onguement sur elle. Cette douleur de l'épaule est légère ou plus ou moins intense; elle siége dans le moignon de l'épaule, soit dans les environs de la clavicule, soit sur les côtés du cou; elle constitue parfois le seul signe douloureux de l'affection dans la période chronique.

D'autres douleurs sympathiques se montrent aussi parfois moins fréquemment que celle de l'épaule, mais assez tenaces pour mériter d'être notées. C'est d'abord une douleur qui siége sur le trajet d'un nerf intercostal voisin de la région hépatique, douleur qui a ses points d'exacerbation à divers endroits et qui est quelquefois assez pénible. On a noté diverses impressions douloureuses dans les environs de la région hépatique, à l'ombilic, dans la paroi abdominale, entre le rebord des fausses côtes et la crète iliaque, dans le pli de l'aine, sur la face antérieure de la cuisse. Quelques auteurs ont nié la possibilité de ces deux dernières douleurs, mais je puis affirmer le contraire, les ayant ressenties moi-même et les ayant constatées chez quelques sujets.

Je n'ai pas à montrer ici le mécanisme de production de ces douleurs, nous serions entraînés ainsi à des longueurs que je dois éviter; il me suffira de dire qu'elles ont une importance très-considérable pour le diagnostic de l'affection; mais ajoutons que leur nature névralgique fait que leur intensité n'est pas en relation directe avec le degré de phlegmasie du foie.

Lorsque l'abcès n'est pas volumineux ou qu'il est profondément placé, on ne constate aucun phénomène bien apparent sur le côté correspondant du thorax, si ce n'est une légère augmentation de volume qui s'observe d'ailleurs tant dans l'hépatite aiguë que dans l'hépatite chronique; ce n'est que dans le cas d'abcès volumineux ou superficiel qu'on peut constater la voussure localisée et la fluctuation, dernier signe qui ne laisse plus le moindre doute.

L'abcès une fois formé peut se terminer de plusieurs manières: A. Il peut se resorber; B. Il peut s'ouvrir soit dans la poitrine, soit dans le péritoine, soit dans le tube intestinal, soit dans le rein, soit enfin au dehors. Nous avons un mot à dire pour ces divers cas.

A. *L'abcès peut se resorber.* Je suis porté à croire que la chose est plus fréquente qu'on ne le croit, et la preuve que j'en donne, c'est que dans les autopsies, on trouve maintes et maintes fois des collections purulentes en voie de résorption dont on n'avait pas soupçonné l'existence. D'autre part, je dirai que le nombre des individus rapatriés toutes les années du Sénégal avec les signes manifestes d'une suppuration du foie est considérable, et cependant l'abcès du foie est rarement observé à l'arrivée. Il a suffi de quelques semaines

pour remonter l'état général du sujet d'une manière très-heureuse.

Les symptômes de la résolution des abcès du foie sont négatifs on peut dire, c'est-à-dire que les signes qui le caractérisent à l'extérieur deviennent de moins en moins saillants et disparaissent même bientôt, tandis que la santé générale reprend parallèlement une force et une assurance qui font penser que le sujet est débarrassé de son affection.

Etant démontré par mille faits qu'un abcès formé dans le foie peut se résorber, il est intéressant de se demander en combien de temps se fait cette résorption qui est la guérison définitive. J'ai eu, en août 1873, l'occasion d'observer un fait qui peut porter son enseignement dans la question et que voici :

Observation LVII.

Hépatite. — Abcès du foie. — Envoi en convalescence en France. — Retour dans la colonie. — Mort trois ans après. — Autopsie.

Un nommé Troissaint, musicien des tirailleurs Sénégalais, âgé de 29 ans, intempérant, entre à l'hôpital atteint de fièvre paludéenne ; cet homme qui avait essayé de plusieurs moyens pour se faire renvoyer en convalescence en Europe, venait très-probablement de faire quelque imprudence pour se rendre malade ; il est très-possible qu'il se fût enivré, puis exposé à l'action du soleil pour se donner la fièvre. Toujours est-il qu'il entrait, le 21 août, sous le coup d'un violent accès avec congestion céphalique ; délire, douleur hépatique, etc.— Sulf. quin. ; 1 gr. 75 centig. ; 20 sangsues aux mastoïdes à mettre 4 par 4.

Le lendemain matin, amélioration ; 1 gr. sulf. quin. ; synapismes à la région hépatique. Le soir, nouvel accès avec congestion céphalique et délire. — 1 gr. suf. quin. le soir.

Le 23, à la visite. Apyrexie. — 1 gr. sulf. quin. ; en prévision d'un nouvel accès, 1 gr. aloès ; 0,50 jalap pour revulser la congestion vers le gros intestin.

Le 24. On ne trouve pas de fièvre, mais des phénomènes pectoraux qui font croire à une bronchite capillaire. — Potion avec 40 centigr. d'émétique, qui est suspendu dès les premières doses, ayant provoqué des vomissements et de l'algidité ; potion cordiale.

Le lendemain 24. Les phénomènes sthétoscopiques étant les mêmes, on donne la potion émétisée à 20 centigr. — Potion cordiale le soir ; 40 gr. de sirop diacode pour la nuit.

A la visite de 9 h. du soir, Troissaint paraissait mieux. A 4 h. du matin, il dormait tranquillement ; à 6 h., la sœur, en entrant dans le cabinet où il était couché, le trouva accroupi par terre, froid et mort ; la figure cyanosée ; les yeux injectés avec les phénomènes de la congestion pulmonaire et céphalique,

Autopsie faite 4 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Taille moyenne; rigidité cadavérique très-prononcée; aucune trace de vésicatoires, sinapismes, etc. Traces de sangsues aux mastoïdes. Ecchymoses sous-cutanées de la face et de tout le tronc, tant aux parties supérieures qu'aux parties déclives.

Cavité crânienne. Congestion notable des méninges et du cerveau.

Cavité thoracique. Les poumons sont congestionnés; le droit plus que le gauche.

Le cœur renferme des caillots très-volumineux remplissant les deux oreillettes : il n'en existe pas dans les ventricules.

Cavité abdominale. — Foie. Poids 2,245 gr. — La surface paraît décolorée et présente la couleur du café au lait. On aperçoit au niveau de la vésicule biliaire, et tout près du bord inférieur, la cicatrice non équivoque d'un petit abcès et tout autour quelques ecchymoses. La portion de l'organe correspondant au flanc droit est ramollie, adhérente au diaphragme et à la paroi abdominale; elle présente un abcès pourvu d'une membrane pyogénique épaisse et résistante, presque fibreuse, abcès de la capacité et de la forme d'un petit œuf de poule, rempli d'un pus extrêmement dense, de la couleur et de la consistance de la sauce dite mayonnaise.

La cicatrice d'abcès dont il a été parlé, présente des sillons analogues à ceux des cicatrices cutanées : incisée, elle laisse voir une petite collection purulente de la forme et de la capacité d'une noisette parfaitement sphérique, adossée contre la capsule de Glisson. Cette petite poche contient un pus de couleur blanche, tellement épais qu'on ne peut l'en faire sortir spontanément.

A part ces lésions, le tissu du reste du foie paraît parfaitement sain et ne présente aucune trace d'inflammation.

Toutefois la partie supérieure de l'organe présente à la coupe une substance notablement décolorée, offrant l'aspect d'un granit à deux éléments; elle est presque exsangue et ressemble à du foie demi-cuit; commencement probable d'altération alcoolique.

La vésicule biliaire volumineuse, contient une bile noire, poisseuse.

La rate, du poids de 235 gr., est diffluente et présente la consistance d'une éponge imbibée de boue splénique.

L'estomac est distendu par un liquide verdâtre : sa muqueuse présente quelques arborisations alcooliques peu prononcées.

L'intestin grêle est rouge, très-distendu, comme enflammé : la muqueuse est ramollie à l'angle du côlon transverse et du côlon descendant. Les ganglions mésentériques avoisinants sont notablement engorgés : un d'eux, de la grosseur d'une amande, contient un liquide purulent qui, en se faisant jour à travers les parois de cette poche, paraît avoir déterminé une *péritonite* suraiguë.

Quel a été le mécanisme de la mort? Assurément nous sommes très-embarrassé pour répondre; est-ce une congestion encéphalique

et pulmonaire; est-ce une péritonite suraiguë? Nous ne pouvons répondre. Ce que nous pouvons dire seulement, c'est que ces phénomènes pulmonaires, que nous avions pris pour une bronchite capillaire, n'étaient que de la congestion de l'organe respiratoire.

Sous quelle influence s'est produite la congestion mortelle, si nous admettons cette cause de cessation de la vie? Il nous semble que l'on peut l'attribuer au paludisme, doublé de l'action solaire à laquelle Troissaint s'était très-vraisemblablement exposé, et il est fréquent au Sénégal de voir l'insolation donner la fièvre à tous les degrés.

Mais ce qui nous intéresse directement ici, c'est l'état du foie. Les abcès étaient manifestement en voie de guérison; ils étaient d'origine ancienne. Or, à quelle époque avaient-ils pris naissance?

En consultant le dossier de cet homme, nous avons appris qu'il était au Sénégal depuis environ quatre ans, c'est-à-dire qu'il était venu au Sénégal en octobre 1869. Il était cordonnier et musicien, avons-nous dit; intempérant; n'avait jamais quitté Saint-Louis. Le 2 août 1869, il était entré à l'hôpital, où il avait passé six jours pour embarras gastrique, suite d'ivresse alcoolique.

En novembre et en décembre 1869, il était venu à l'hôpital la première fois pour la fièvre paludéenne simple; la seconde fois, pour fièvre avec point hépatique, et n'était alors sorti qu'après dix-neuf jours de traitement.

Il ne reparut pas à l'hôpital en 1870; mais remarquons qu'il était ouvrier, astreint seulement à un service peu pénible, et qu'il est très-possible qu'il ait été indisposé à plusieurs reprises sans vouloir entrer à l'hôpital et sans être assez profondément atteint pour y être envoyé d'office.

En février 1871, il avait passé douze jours à l'hôpital pour une plaie de tête produite par une chute, étant en état d'ivresse; plaie d'ailleurs insignifiante puisqu'il n'en est pas resté de traces.

Quatre jours après sa sortie, et très-probablement à la suite de libations exagérées, il rentra pour hépatite et fut envoyé en convalescence le 15 mars pour hépatite chronique.

Il revint en septembre 1871, et, depuis, n'avait plus été sérieusement malade, car il n'est entré qu'une fois pour tœnia en 1872, et trois fois en 1873 pour gastralgie et anémie; mais notons que ces trois entrées n'étaient que des tentatives pour aller en convalescence, et il n'avait jamais passé plus de trois ou quatre jours chaque fois dans l'établissement.

Ces abcès dataient donc vraisemblablement le plus gros de février 1871, le plus petit de décembre 1869, et on peut présu-

mer alors que, si Troissaint avait continué à vivre, chacun de ces abcès eût été cicatrisé en quatre ans ou quatre ans et demi. Dans tous les cas, notons qu'ils ont été compatibles avec un certain embonpoint et une santé assez florissante, puisqu'au début de l'hivernage de 1873, j'ai fait envoyer en convalescence tous les militaires de sa catégorie qui me paraissaient quelque peu fatigués. J'étais à ce moment d'autant plus facile à faire rapatrier les musiciens des tirailleurs que la suppression de la musique de ce corps les rendait tout à fait inutiles ; il fallait donc que Troissaint présentât les attributs d'une santé très-convenable pour ne pas avoir été compris dans les évacuations de ce moment.

B. *L'abcès s'ouvre dans la poitrine, le péritoine, le tube intestinal, le rein.* — Ces diverses terminaisons ont une gravité différente ; ainsi, tandis que l'ouverture dans le péritoine provoque une péritonite mortelle en quelques heures, l'ouverture par les bronches est assez souvent suivie de guérison. Disons un mot de chacune de ces terminaisons en particulier.

1° *Ouverture dans le péritoine.* — Il survient parfois spontanément et sans signe précurseur ; mais le plus souvent, après des indices qui ont duré quelques jours, une douleur violente dans l'abdomen, qui s'empâte, se tuméfie, devient atrocément douloureux, en même temps que la fièvre s'allume et que le pouls devient petit, serré, extrêmement rapide. Bientôt le hoquet se manifeste et la mort ne tarde que quelques heures, un ou deux jours au plus.

Les signes précurseurs que nous avons indiqués tantôt sont une douleur violente qui s'exaspère au toucher dans un point voisin du foie et quelquefois un empâtement plus ou moins circonscrit de la région voisine. Dans le cas d'ouverture dans le péritoine, le médecin reste spectateur impuissant devant l'œuvre de destruction rapide de l'individu, son rôle se borne à prescrire les opiacés à haute dose pour calmer les angoisses du dernier moment.

2° *Ouverture dans le tube digestif ou le rein.* — Les signes précurseurs sont nuls, peut-on dire, tant ils sont obscurs, et on n'est prévenu de l'ouverture que par l'apparition du pus dans les vomissements, ou dans les selles ou les urines. Je n'ai jamais vu un abcès s'ouvrir dans l'estomac ; j'ai vu peut-être un cas d'ouverture dans le rein, mais j'en connais des exemples irrécusables : j'ai suivi et mené à guérison deux cas d'ouverture de l'abcès du foie dans l'intestin, révélé par des selles purulentes en grande quantité au milieu d'un état d'intégrité de la défécation.

3° *Ouverture de l'abcès dans la poitrine.* — Il faut admettre deux cas ; l'ouverture dans la plèvre ; l'ouverture dans le poumon. Les

signes précurseurs sont ceux de la pleurésie, et l'auscultation révèle les symptômes de la pleuro-pneumonie de la base du poumon droit, puis après quelques jours, parfois deux ou trois semaines de cet état, le sujet vomit, dans des accès de toux, du pus en plus ou moins grande quantité, plus d'un litre quelquefois, quand le pus n'est pas resté confiné dans la plèvre et s'est fait jour à travers les bronches.

L'abcès s'ouvre au dehors. — Lorsque l'abcès du foie doit s'ouvrir au dehors, on voit une voussure du côté droit se prononcer de plus en plus, un empâtement des tissus environnants se manifester peu à peu et devenir de plus en plus sensible à la vue; la peau finirait par s'amincir et se perforer si on laissait le malade sans secours, mais le plus souvent une opération vient hâter la sortie du pus.

L'étiologie de l'hépatite présente un intérêt du premier ordre, mais réclame tant de développements que nous sommes forcé de ne pas traiter cette question si importante ici avec tous les développements qu'elle comporte, devant nous restreindre dans notre exposition pour ne pas donner à notre travail, déjà extrêmement long, une étendue plus grande encore. Nous espérons présenter ultérieurement une monographie spéciale touchant l'hépatite; nous renvoyons à cette étude pour les détails que nous passons sous silence actuellement.

Nous avons dit précédemment que l'hépatite se présente dans deux conditions très-différentes : A. comme conséquence de la dysentérie; B. comme maladie primitive et idiopathique. L'étiologie est très-dissemblable suivant le cas.

A. Quand l'hépatite est la conséquence de la dysentérie, et, dans la plupart des pays tropicaux, c'est la chose la plus fréquente, la règle générale presque; on a pu accuser le retentissement sympathique, une inflammation migratrice allant de proche en proche, une infection putride, mécanismes que je me borne à signaler d'un mot sans en discuter ici les probabilités qui nous entraîneraient trop loin.

B. Quand l'hépatite est idiopathique, et, bien qu'elle soit une maladie assez rare, d'une manière absolue, elle est cependant, je crois, infiniment plus fréquente au Sénégal que dans les autres pays tropicaux; elle résulte de cette double influence : 1° de la facilité qu'a l'organe hépatique à devenir malade dans les pays chauds; 2° de la congestion passagère et réitérée des organes abdominaux que les extrêmes variations de sécheresse et d'humidité de l'atmosphère, que les brusques transitions de chaud et de frais provoquent dans les pays sénégambiens, où, suivant l'heure de la journée et la

direction de la brise, on voit les écarts les plus extraordinaires dans le thermomètre et dans l'hygromètre.

C'est assurément à cause de ces particularités de son climat que le Sénégal doit d'être le pays par excellence de l'hépatite, et la preuve que j'en pourrais donner, c'est que les pays comme l'Inde, qui ont un climat analogue sous le rapport de ces variations brusques, sont des pays à hépatite idiopathique assez fréquente, tandis que les contrées comme la Guyane, le Gabon, la Cochinchine, très-semblables au Sénégal au point de vue de l'élévation ou de la moyenne de la température, mais très-différents sous le rapport des variations de cette température et surtout des variations dans l'humidité atmosphérique, présentent cette hépatite idiopathique dans des proportions infiniment moins grandes.

Cette particularité, que je viens de signaler, n'a pas été suffisamment mise en lumière jusqu'ici, et la raison en est qu'on n'a pas suffisamment, à mon avis, établi la distinction entre les deux variétés étiologiques de l'hépatite, et alors, comme les pays de la Guyane, de la Cochinchine, du Gabon, etc., etc., sont en même temps des pays à dysentérie, il est arrivé qu'au premier coup d'œil jeté sur les chiffres comparatifs de fréquence et de gravité de la maladie, on a cru à une identité qui n'existe pas.

La conséquence de cette distinction, que je viens d'établir, est importante au point de vue pratique, car si elle parvient à montrer que le Sénégal et l'Inde sont des pays où l'Européen court le danger d'une suppuration du foie, qu'il ait ou non une atteinte de dysentérie et par le fait seul de son séjour dans ce pays à variations brusques de température et d'humidité, il est incontestable qu'un individu, guéri depuis peu de dysentérie, ne devra pas y être envoyé. Ces pays devraient être, en un mot, les points où l'on dirigerait des Européens n'ayant jamais habité les pays chauds et non des individus dont le foie est déjà préparé à l'inflammation par un long séjour antérieur dans les zônes tropicales.

Mais ces idées ont besoin de développements et de preuves que je ne puis donner ici faute de place, et je renvoie à un travail ultérieur pour leur discussion plus complète.

Je dois ajouter cependant qu'une des causes fréquentes de la suppuration du foie dans les pays chauds est la contusion du foie dans un traumatisme. J'ai eu l'occasion d'en constater une dizaine de cas peut-être pendant mon dernier séjour au Sénégal, et j'ai trouvé cette cause indiquée dans plusieurs observations.

Une question intéressante est de savoir quel est le moment où l'hépatite est plus fréquente et plus grave, où elle est plus rare,

plus bénigne, etc., etc. Le tableau suivant va nous renseigner à ce sujet :

TABLEAU des proportions des entrées et des morts d'hépatite (supposant qu'il entre et meurt 1,200 individus par an de cette maladie).

		Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
S.-Louis.	Malades.	81	134	87	53	100	80	137	132	108	89	92	101
	Morts...	133	83	133	16	66	66	66	33	83	150	200	166
Gorée...	Malades.	96	67	108	117	93	83	119	96	105	87	101	121
	Morts...	136	158	90	90	136	68	22	90	136	45	113	112
B. Sénég.	Malades.	131	50	53	56	91	80	107	111	123	110	108	171
H. Sénég.	Malades.	54	109	109	163	54	163	»	54	54	109	163	163
Cayor...	Malades.	214	»	85	»	171	85	171	85	214	85	42	42
R. du Sud	Malades.	100	200	50	50	»	»	50	50	100	300	200	100

L'inspection de ces chiffres nous montre qu'au mois de juin l'affection est rare relativement et bénigne, excepté dans le haut Sénégal. Nous sommes pendant ce mois au-dessous de la normale ; les hyperhémies dues au début des chaleurs se sont montrées surtout à la fin de mai, et à cette époque les vieux abcès du foie, reliquats de l'hivernage précédent, ont succombé ; en juillet la maladie commence un mouvement ascensionnel qu'elle gardera jusqu'en janvier, car l'abaissement de décembre nous semble fortuit. Disons cependant que dans le Haut-Sénégal on n'observe pas d'hépatite en juillet parce que c'est le moment où les troupes fraîches arrivent du bas pays.

La mortalité est un peu en retard sur l'ascension de la maladie, preuve qu'en juillet et août ce sont surtout des hyperhémies aiguës et pour ainsi dire passagères qui se montrent ; mais dès la fin de septembre jusqu'en février, mars même, la mortalité est considérable.

Dès le mois de février les atteintes diminueront et resteront relativement basses jusqu'en juillet. Quant à la mortalité, à mesure que les vieux malades disparaissent, elle est sensiblement moindre et restera ainsi très-faible jusqu'au mois de septembre.

Pour être complet, il faut ajouter que l'époque des vents d'est est favorable à la production de l'hépatite aiguë, mais surtout à la manifestation du point hépatite chez les individus qui ont une lésion chronique de l'organe. La chose sera facilement comprise dès que j'aurai dit que sous l'influence du vent d'est il se produit des congestions viscérales, et que le foie, qui a une si grande tendance à s'engorger dans les pays chauds, doit naturellement être un des premiers organes disposés à se congestionner dans ce cas-là.

L'hépatite est une maladie grave, on ne saurait le contester ; la

gravité et la grande prédominance du paludisme fait qu'elle est au Sénégal à un plan inférieur, et le tableau suivant va nous le montrer :

TABLEAU de la mortalité de l'hépatite et de la dysentérie dans les deux hôpitaux de Saint-Louis et de Gorée, rapporté au tant pour 100 de la mortalité générale.

ANNÉES	HÉPATITE	DYSENTÉRIE	ACCÈS PERNICIEUX
1853	1 %	38 %	7 %
1854	3	29	23
1855	4	37	22
1856	2	32	12
1857	4	31	8
1858	7	27	18
1859	5	30 (1)	13
1860	5	21	17
1861	4	37	28
1862	1	25	12
1863	12	22	12
1864	7	17	18
1865	7	11	24
1866	5	7 (1)	20
1867	4	19 (1)	20
1868	5	20	20
1869	6	21	16
1870	2	28	14
1871	9	28	9
1872	10	27	9

NOTA.— Pour 1859, 1866 et 1867, on n'a pas compté dans cette évaluation de la mortalité les cas de fièvre jaune.

Ce tableau porte en lui un enseignement très-intéressant ; il nous montre en effet que toutes les années ne sont pas semblables au point de vue de la léthalité de l'hépatite, de la dysentérie, des accès pernicieux, etc., etc., et il me porte, pour ma part, à grandement réfléchir. Il y a dans l'étude de l'insalubrité relative des diverses années au Sénégal le sujet d'un travail de longue haleine et de grande portée, aussi intéressant pour la science qu'utile pour l'humanité, car c'est en observant les fluctuations, en les rapprochant des fluctuations de la météorologie, en tenant compte des fatigues, expéditions, etc., etc., de la garnison, qu'on pourra arriver à dégager une inconnue très-importante touchant l'influence que le cli-

(1) Années de fièvre jaune.

mat du Sénégal exerce sur les Européens. Je n'insisterai pas actuellement sur cette question, qui est une digression, mais j'ai voulu appeler l'attention des travailleurs et leur montrer l'immense intérêt qu'il y aurait à faire ce travail, dont tous les éléments se trouvent dans les archives de l'hôpital de Saint-Louis.

Quand on a été atteint d'hépatite bien avérée, non-seulement on doit, si on est assez heureux pour en guérir, retourner au plus tôt possible en Europe, mais encore faut-il renoncer, pour un temps long, à revenir dans les pays chauds, surtout si on a quelques habitudes d'intempérance, sous peine de voir de rapides et souvent fâcheuses récidives. L'exemple suivant va soutenir ce dire :

OSERVATION LVIII.

Hépatite développée peu après l'arrivée au Sénégal. — Rechutes. — Abcès ouvert par les bronches. — Envoi en convalescence en Europe. — Retour au Sénégal quatre mois après. — Récidive. — Mort.

Henry (Eugène), caporal de tirailleurs, âgé de 22 ans, de bonne constitution, né dans le département de Meurthe-et-Moselle. Arrivé au Sénégal en juillet 1871, est envoyé à Merinaghen en octobre, y a la fièvre, entre à l'hôpital de Saint-Louis atteint de fièvre et d'une forte diarrhée bilieuse le 2 janvier 1872. Il y prend de l'ipéca, du sulfate de soude; la diarrhée s'arrête peu après quelques prises de ratanhia; exeat le 16 janvier; retourne le 1er avril au poste de Richard-Toll.

Henry revient à l'hôpital de Saint-Louis le 5 janvier 1873, venant de passer dix mois à Richard-Toll; il est atteint de diarrhée depuis treize jours; a eu quelquefois la fièvre; dernier accès le 4 janvier. Depuis le 1er janvier, selles sanguinolentes, véritable atteinte de dysenterie. — 30 gr. sulf. de soude; sulf. quin. 75 centig.

On continue le sulfate de soude jusqu'au 9 janvier, la dysenterie est très-bien amendée; le 10, on commence la potion alunée à 1 gr. Mais le 11, mouvement fébrile; toux intense; douleur hépatique; les selles sont devenues solides depuis la veille; pas de selles dans la nuit; toux pénible. — Potion avec 30 gr. de sirop d'ipeca et 1 gr. laudanum; 1 gr. sulf. quin. Le 12 la situation empire et on ne peut douter de l'invasion d'une hépatite aiguë, accidents thoraciques, d'un peu de pleurésie à droite : les selles sont redevenues liquides sous l'influence de l'ipéca. — Continuation de l'ipéca; vésicatoire *loco dolenti*.

Le 13. Même état. — Huile de ricin 30 gr. pour dégorger le foie. 10 selles liquides dans les vingt-quatre heures. Matin, T. 37, pouls 90. Soir, T. 38, pouls 108.

Le 14. T. m. 37,7; p. 97. T. s. 38,6; p. 100. Soif intense; langue chargée; deux selles demi-liquides. — 20 gr. huile de ricin; julep diacodé.

Le 15. T. m. 36,7; p. 96. T. s. 38,4; p. 102.

Le 16. Nuit mauvaise; sueurs froides au visage et la nuit seulement; la

douleur est toujours la même ; langue légèrement blanchâtre ; ténesme anal ; deux selles peu abondantes dans les 24 h. ; 7 h. mat. T. 36,5 ; p. 92 ; 3 h. soir. T. 37,5 ; p. 94. — Sulf. quin. ; huile de ricin, 30 gr. ; julep diacodé, 30 gr.

Le 17. 7 h. mat. T. 36,8 ; p. 94. Nuit assez bonne ; sueur abondante cette nuit ; la douleur hépatique est moins intense ; quatre selles demi-liquides hier ; pas de selle cette nuit ; 3 h. soir. T. 38,5 ; p. 105. — Limonade tartique ; julep diacodé.

Le 18. 7 h. mat. T. 36.8 ; p. 100. La douleur hépatique est moins forte qu'avant ; la sensibilité est telle qu'on ne peut toucher ; moiteur à la peau ; constipation. 3 h. soir. T. 38,7 ; pouls 112. — Limonade tartique ; julep diacodé ; vésicatoire ; scammonée et jalap.

Le 19. Nuit assez bonne ; sueur toujours abondante la nuit ; le matin, seulement, un peu de moiteur ; l'état général semble s'améliorer ; langue rouge sur les bords ; la douleur hépatique est moins forte ; une seule selle, hier, par le purgatif. 7 h. mat. T. 36,2 ; p. 94 ; 3 h. soir. T. 37,4 ; p. 104. — Sulf. quin., 0,60 ; limonade ; julep diacodé ; pansement de vésicatoire ; huile de ricin émulsionnée, 30 gr. — Crachats purulents ; le malade déclare qu'il crache ainsi depuis environ quatre jours (depuis hier seulement très-probablement). Depuis hier dans l'après-midi, la douleur du côté droit a sensiblement diminué ; toux moyennement fréquente ; matité à la base du poumon droit ; quelques râles muqueux, rares à la base en arrière ; quelques râles sous-crépitants, en arrière ; un peu de souffle en avant.

Le 20. Sueur abondante ; chaleur à la peau ; pas de crachats depuis hier au soir ; la respiration hépatique est toujours aussi sensible ; un peu de toux, difficulté de la respiration ; langue rouge sur les bords ; trois selles hier, pas de selle cette nuit. — Eau sulf. aromatisée ; pansement du vésicatoire.

— 7 h. mat. T. 36,4 ; p. 100. 3 h. soir. T. 37,7 ; p. 116. — L'expectoration est difficile, mais les crachats purulents continuent ; les phénomènes sthétoscopiques, notés hier, s'accentuent. — Soir. Potion : Sirop d'ipéca, 10 grammes.

Le 21. Nuit bonne ; les sueurs abondantes ont cessé ; moiteurs à la peau seulement ; la région hépatique est moins sensible ; les crachats purulents continuent et en assez grande abondance ; pouls plein, légèrement fréquent ; langue toujours blanche, rouge sur les bords ; deux selles peu abondantes hier, pas de selle cette nuit. 7 h. mat. T. 36,6 ; p. 110 ; 3 h. soir. T. 37,6 ; p. 102. — L'expectoration continue ; la peau est moite ; les signes stétoscopiques continuent ; la soif est vive. — Eau sulf. aromatisée ; sulf. quin., 1 gr. ; potion avec sirop d'ipéca, 10 gr. ; julep diacodé, 20 gr.

Le 22. Nuit mauvaise ; les crachats purulents continuent mélangés à des crachats pneumoniques ; la peau est sèche, peu chaude ; le pouls est plein et fréquent ; langue blanche, rouge sur les bords ; trois selles hier, pas de selle cette nuit ; la douleur hépatique ne se fait plus sentir que lorsque le malade remue. 7 h. mat. T. 36,8 ; p. 102. — Auscultation, craquements à la partie intérieure des deux poumons ; en arrière, l'auscul-

tation révèle dans tout le poumon gauche des craquements dans la fosse sus-épineuse; pour le poumon droit, des craquements également; dans la fosse sous-épineuse, crépitation. 3 h. soir. T. 38; p. 108. — Même prescription.

Le 23. Amélioration: nuit assez bonne; même état des crachats; la peau est normale; la langue est plus blanche que de coutume; deux selles peu abondantes dans les 24 heures. 7 h. mat. T. 35,4; p. 88; 3 h. soir. T. 37,6; p. 108. — Crachats presque dépourvus de pus. — Même prescription.

Le 24, l'anxiété et l'inquiétude du malade ont de beaucoup diminué; l'état général s'améliore; nuit assez bonne, quoique le malade ait beaucoup toussé; crachats pneumoniques ne contenant presque plus de pus; sueur abondante cette nuit, se terminant ce matin par de la moiteur à la peau; la douleur hépatique est beaucoup moins forte et permet maintenant au malade de se mouvoir; pouls petit, fréquent; langue rouge sur les bords; quatre selles peu abondantes. 7 h. mat. T. 35,3; p. 92; 3 h. soir. T. 37,6; p. 100. — La percussion du poumon droit donne de la matité dans sa moitié inférieure et postérieure; l'auscultation donne des râles sous-crépitants; pas de souffle; l'expectoration continue, mais le pus diminue notablement; les crachats sont visqueux et striés; l'état s'améliore, le malade a reposé dans la journée.

Le 25. Nuit bonne; l'état général s'améliore; pas de toux ni de crachats cette nuit; la peau est normale; la langue est moins rouge; deux selles peu abondantes hier, pas de selle cette nuit. 7 h. mat. T. 36; p. 100; 3 h. soir. T. 37,2; p. 100.

Le 26. Nuit bonne; toux intense ce matin; crachats muqueux; a encore eu des sueurs abondantes cette nuit, se terminant ce matin par de la moiteur à la peau; pouls plein et fréquent; trois selles peu abondantes. 7 h. matin. T. 36; p. 104; 3 h. soir. T. 36,8; p. 96. — Crachats spumeux, ne contenant presque plus de pus, parfois un peu rougeâtres; les repas commencent à pouvoir être absorbés (potage, petits pois, pain, demie de vin).

Le 27, 7 h. mat. T. 36,2; p. 92. Nuit très-bonne; toujours un peu de toux; pas d'expectoration depuis hier après-midi; la région hépatique est toujours sensible; trois selles. 3 h. soir. T. 37,7; p. 100. — Quelques crachats contenant un pus épais.

Le 28. Quelques crachats contenant encore un peu de pus; toux très-fréquente cette nuit. 7 h. mat. T. 35,4; p. 94; 3 h. soir. T. 36,4; p. 94. — Toux fréquente; expectoration rare; crachats épais, contenant un pus de plus en plus épais; appétit croît de jour en jour.

Le 29. Trois selles liquides abondantes hier; pas de selle la nuit; même état pour le reste. 7 h. mat. T. 35,7; p. 86; 3 h. soir. T. 36,8; p. 94.

Le 30. Même état. 7 h. mat. T. 36,2; p. 98; 3 h. soir. T. 36,8; p. 88. — Eau sulf. aromatisée; kermès, 20 centig.; julep diacodé.

Le 31. Nuit bonne; toux fréquente ce matin, fatiguant le malade; pas d'expectoration; rien de particulier par ailleurs. 7 h. mat. T. 36,3; p. 96; 3 h. soir. T. 36,5; p. 96. — Même prescription.

1er février. Même état. 7 h. mat. T. 35,9; p. 86; 3 h. soir. T. 36,3; pouls 102. — Sulf. quin., 75 centig.

Le 2. 7 h. mat. T. 35,9; p. 98. Une selle moulée depuis hier matin; pendant la nuit, mouvement fébrile à l'insu du malade, caractérisé par l'agitation du pouls et de la chaleur sèche à la peau; prend de la quinine à 9 heures. Nuit assez bonne; pas de toux ni d'expectoration. 3 h. soir. T. 36,8; p. 102. Peau moite, peau chaude; quelques crachats épais, jaunes verdâtres. — Eau sulf. aromatisée; sulf. quin., 1 gr.; julep diacodé.

Le 3. Amélioration sensible. 7 h. mat. T. 36,3; p. 98; 3 h. soir. T. 37,2; pouls 102. Encore quelques crachats jaune-verdâtre. — Eau sulf. aromatisée; julep diacodé.

Le 4. 7 h. mat. T. 36,2; p. 104; 3 h. soir. T. 36,8; p. 98.

Le 5. 7 h. mat. T. 36; p. 86; 3 h. soir. T. 36,6; p. 92.

Le 6. 7 h. mat. T. 36,4; p. 100; 3 h. soir. T. 37; p. 106.

Le 7. 7 h. mat. T. 36,1; p. 96; 3 h. soir. T. 36,9; p. 98.

Le 8. 7 h. mat. T. 36; p. 90; 3 h. soir. T. 36,8; p. 94.

Le 9. 7 h. mat. T. 36; p. 98; 3 h. soir. T. 36,4; p. 98.

Le 10. 7 h. mat. T. 36,1; p. 88; 3 h. soir. T. 36,7; p. 98.

Le 11. 7 h. mat. T. 35,9; p. 72; 3 h. soir. T. 36,5; p. 90.

Le 12. 7 h. mat. T. 36,5; p. 88; 3 h. soir. T. 36,6; p. 92.

Le 13. 7 h. mat. T. 36,6; p. 84; 3 h. soir. T. 36,2; p. 88.

Le 14 février, Henry est embarqué sur un navire en partance pour Gorée, d'où il sera dirigé vers la France, avec un congé de convalescence qui porte qu'il ne devra plus être renvoyé au Sénégal.

A l'expiration d'un congé de quatre mois, il est envoyé au Sénégal, malgré l'avis du conseil de santé de Saint-Louis, qui avait spécifié que le malade ne pouvait plus retourner sans danger dans la colonie. Henry entre une deuxième fois à l'hôpital, le 8 septembre 1873, souffrant encore du foie; il en sort le 27 du même mois. Il rentre une troisième fois le 1er novembre.

A cette époque, le malade souffre d'une douleur vive, pongitive, à la région hépatique, près du rebord des fausses côtes. A la percussion, l'hypérémie ne paraît pas d'abord très-prononcée; langue blanche, un peu sèche; trois ou quatre selles bilieuses, liquides, par vingt-quatre heures; nombreux accès de fièvre avant l'entrée à l'hôpital. — On applique d'abord des sangsues au point douloureux; puis, un vésicatoire dérivatif du côté de l'intestin; huile de ricin; puis, à plusieurs reprises, des pilules fondantes, composées de parties égales d'aloès, rhubarbe, savon médicinal; sulf. quin. à la dose de 1 gr. par jour.

La maladie fait cependant de rapides progrès : la marche de l'hypérémie fait que le foie se développe d'abord de haut en bas, et qu'elle dépasse le rebord des fausses côtes de trois travers de doigt. A ce niveau, la percussion est assez douloureuse. Le malade s'affaiblit beaucoup : langue sèche au centre, humide sur les bords; quatre selles bilieuses par vingt-quatre heures; insomnie. — On applique un nouveau vésicatoire et l'on continue

le sulfate de quinine à la dose de 1 gr.; la médication tonique commence: décoction de quinquina, 200 gr. A cette époque, 8 novembre, le malade est proposé pour un congé de convalescence; mais il est maintenu à l'hôpital, ses forces n'étant pas suffisantes pour supporter les fatigues du voyage.

Bientôt l'hypérémie se fait en sens contraire: la matité ainsi que la douleur se font sentir d'abord au niveau du sein; puis, à deux travers de doigt au-dessus du mamelon droit. A cette époque, 20 novembre, on applique un troisième vésicatoire, très-large. Comme le malade est très-faible, on ne peut se servir de dérivatif du côté de l'intestin, et l'on est obligé de s'en tenir aux vésicatoires, à la médication tonique, ainsi qu'à quelques préparations pour modérer la diarrhée: bismuth, lavements laudanisés.

Dès lors, la fièvre devient continue et s'accompagne de frisson, signe de formation d'abcès. Le malade s'affaiblit de plus en plus; amaigrissement très-prononcé. Dans la nuit du 25 au 26 novembre, le malade éprouve une douleur vive dans le poumon droit. L'abcès va s'ouvrir dans les bronches comme la première fois. Aussi, l'on s'abstient de pratiquer une ponction que l'on aurait pu faire avec l'aspirateur Dieulafoy. En effet, la nuit suivante, le malade a des crachats, ou plutôt des vomissements purulents, ressemblant assez à du chocolat délayé. La douleur hépatique diminue à partir de cette époque, mais le malade est toujours très-faible. — On continue la médication tonique, et l'on donne quelques potions antispasmodiques à l'éther.

A partir du 27, le malade est continuellement couché sur le côté droit, et rend du pus rougeâtre en grande quantité. Le 2 décembre, les crachats diminuent de fréquence et de consistance. Cependant la diarrhée augmente; le malade s'affaiblit de jour en jour; il n'a bientôt plus la force d'expectorer, et il succombe à la fièvre hectique et au marasme, le 8 décembre 1873, à 10 h. du matin.

Autopsie. — Le poumon droit, qui communique avec le foie, est complétement adhérent à la plèvre pariétale, au péricarde et au diaphragme. Il est réduit en bouillie et criblé d'abcès; il ne surnage pas dans l'eau; plus de crépitation. Rien de particulier pour le poumon gauche. La partie du diaphragme, en contact avec le lobe droit du foie, est ulcérée en plusieurs points. Le foie, qui pèse 2 k. 400, présente à considérer dans le lobe droit: 1° de vastes abcès embrassant toute la face supérieure et le bord postérieur; le pus qui en découle est mal lié, verdâtre, de mauvaise nature; 2° à la partie antérieure de la face supérieure et au bord antérieur, deux vastes abcès, pouvant contenir le poing, mais moins anciens que les premiers; 3° à la face inférieure, deux ou trois abcès en voie de formation, et placés assez profondément dans le tissu de la glande.

Le lobe gauche et les autres organes n'offrent rien de particulier.

Signé : MARTIN, *aide-médecin.*

Je ne connais pas de maladie plus insidieuse que l'hépatite dans mille circonstances, et, quelque prévenu que l'on soit, on se laisse

surprendre à chaque instant. J'ai été parfois grandement attristé, à l'autopsie, de voir que, malgré mon attention extrême, j'avais méconnu pendant plusieurs jours cette affection, et mon ami, le Dr Bourgarel, dont la capacité médicale et l'habitude des maladies des pays chauds (Calédonie, Cochinchine, Sénégal), sont bien connues dans la marine, m'a dit avoir été surpris ainsi quelquefois.

« Je viens de perdre un artilleur d'abcès du foie, m'écrivait-il de Gorée en mars 1874; il n'avait pas eu de douleurs dans l'organe, qui était d'ailleurs peu volumineux jusqu'aux derniers jours. Le malade avait tous les signes de la fièvre typhoïde grave; cinq jours avant la mort, douleur subite au-dessous du foie, sur l'intestin. Était-ce une menace de perforation et de péritonite, ou bien une douleur hépatique? Je me suis arrêté à la première hypothèse comme étant la plus probable. Or, à l'autopsie, j'ai trouvé un abcès volumineux sous-diaphragmatique; péritonite latérale au niveau de l'angle droit du côlon : c'était bien la péritonite qui causait la douleur; mais la cause était l'abcès du foie. J'avoue que c'est la seconde fois que je suis ainsi induit en erreur depuis un an, malgré une attention bien marquée. Cet organe est désespérant quelquefois par son silence. »

La rapidité avec laquelle les Européens sont pris d'hépatite après leur arrivée au Sénégal est parfois très-extraordinaire. En voici un exemple où le diagnostic ne saurait être douteux, bien que l'individu ait guéri, car il a eu un abcès qui s'est ouvert par les bronches et par l'intestin.

Observation LIX.

Hépatite aiguë, développée après cinq mois de séjour au Sénégal, pendant la saison fraîche (janvier à mai). — Abcès du foie. — Renvoi en convalescence.

Miché (Théodule), âgé de 22 ans, né dans le département de l'Ain, soldat d'infanterie de marine, au Sénégal depuis cinq mois, entre à l'hôpital, le 30 mai 1873, pour fièvre et embarras gastrique. C'est la première fois qu'il vient au Sénégal. Son premier accès de fièvre date de trois jours et dure encore. — 1.50 ipéca; 1 gr., sulf. quin.

31 mai. La fièvre continue, pas d'amélioration; une selle dans la nuit. On se demande si ce n'est pas le début d'une fièvre typhoïde. — Sulf. de quinine, 1 gr.; sirop diacode, 60 gr.

1er juin. Pas de changement. — 30 gr. sulf. soude; sero, 1 gr. sulfate de quinine.

2. Même état.— Légère teinte ictérique des conjonctives. — 1 gr. sulf. de quinine. J'observe le sujet avec plus d'attention, et je m'arrête à l'idée d'un peu d'état typhoïde.

3. Il y a eu des epistaxis; vomissant du bouillon et des médicaments, la fièvre est moindre; deux selles en 24 heures. — Potion : 3 gr., teinture digitale; 1 gr., sulf. quin. en lavement; julep diacodé.

4. Rémission de la fièvre; pas d'épistaxis; la teinte ictérique se prononce davantage. — Même prescription. T. 37,5; p. 70.

5. T. 37; p. 70; soir. T. 36,8; p. 72. Accentuation de la teinte ictérique; une seule selle. — Ajouter à la prescription : lavement purgatif au séné et sulf. sod.

6. Amélioration, deux selles en 24 heures; teint ictérique plus marqué; la peau est couleur jaune safran, uniformément répandue; urine bilieuse. Cet état dure depuis plusieurs jours; la température du matin varie de 37 à 37,5, avec le pouls de 60 à 70; celle du soir ne dépasse pas 38; pouls de 65 à 70.— Le traitement consiste dans des potions de digitale, 1 à 3 gr.; sulf. quin., 75 centig.

Le 15. La teinte ictérique a disparu; état général assez bon; les forces reviennent lentement; le sujet ne se plaint de rien.

Le 27. Coliques; quelques selles diarrhéiques; léger orage intestinal, qui se calme en deux jours avec le sulfate de soude.

Miché ne se remet cependant pas comme il faut, bien qu'on ne puisse en découvrir la cause. Quelques coliques de temps en temps; selles irrégulières; pas de fièvre. La percussion ni l'auscultation ne révèlent rien, et cependant la convalescence ne marche pas.

Après avoir essayé maintes fois un léger purgatif, un tonique, les amers, je présente Miché au conseil de santé, et il lui est donné un congé de convalescence pour ictère. Il part le 21 juillet, et voici la feuille de clinique de l'hôpital de Gorée.

8 août. Cet homme qui devait partir pour France, convalescent d'ictère avec fièvre, n'a pas été accepté par le paquebot, vu son état de faiblesse. Malade depuis son départ de Saint-Louis, son état n'a fait que s'aggraver de jour en jour, et il se présente à l'hôpital avec les symptômes suivants : Faiblesse générale et amaigrissement notable; teinte légèrement cachectique; peau chaude; pouls tendu, un peu fréquent. Le malade accuse de la douleur dans la région hépatique. La percussion révèle une hypertrophie notable du foie, en même temps qu'une certaine dureté de cet organe; appétence nulle depuis plusieurs jours — Tilleul; sulf. quin., 1 gr.; sulf. sodique, 30 gr.; vésicatoire *loco dolenti*.

Le 9. Etat fébrile continu pendant toute la journée, jusqu'à 9 heures, moment où la fièvre est tombée; accuse toujours de la douleur à la région hépatique.

Le 10. Se sent toujours très-fatigué; n'a pas eu de fièvre dans la journée; trois selles bilieuses dans les 24 heures. — Persistance de la douleur hépatique; le foie est toujours dur et hypertrophié; la langue est sèche, pâteuse.

11. Un peu de fièvre dans la soirée d'hier; état général toujours le même. L'amaigrissement paraît encore avoir augmenté depuis le jour de l'entrée du malade à l'hôpital.

Le 13. Un peu d'amélioration dans l'état général du malade; la douleur hépatique est moindre; pas de fièvre depuis deux jours; cinq selles bilieuses spumeuses dans la nuit. — Tilleul; sulf. quin., 0.50 centig.; 200 gr. de quinquina.

Le 14. Même état que la veille; cinq selles bilieuses et spumeuses pendant la nuit.

Le 15. Six selles, contenant des matières solides, pendant la nuit; se sent bien ce matin.

Le 16. L'amélioration continue; quatre selles cette nuit.

Le 17. Même état; quatre selles cette nuit.

Le 18. Pas de fièvre depuis plusieurs jours; se sent bien ce matin; deux selles molles et copieuses dans la nuit.

Le 19. Un peu de chaleur de la peau et de fréquence du pouls; hier, à la visite de 3 heures, peau fraîche et pouls régulier ce matin; trois selles de même nature que celles d'hier. — Tilleul nitré, 2 gr.; 200 gr. de quinquina; sulf. quin., 0.50 centig.; 4 pil. fond.; vésicatoire.

Le 20. A eu trois selles cette nuit; hier, dans la soirée, un peu de chaleur et de fréquence du pouls; selles purulentes à la visite du soir.

Le 21. Trois selles molles et jaunâtres pendant la nuit; elles paraissent contenir du pus et quelques mucosités légèrement sanguinolentes; toujours un peu de chaleur et de fréquence du pouls, dans la soirée.

Le 22. Trois selles, contenant un peu de pus, cette nuit; a eu également une ou deux selles purulentes. Accuse de la douleur dans la région hépatique, au niveau du dernier vésicatoire; voussure apparente à cet endroit.

23. Trois selles de même nature que celles des jours précédents; la douleur de la région hépatique a diminué.

Le 24. Trois selles contenant du pus; un peu de chaleur de la peau et de fréquence du pouls, dans la soirée d'hier.

Le 26. Trois selles dans la nuit, elles sont plus consistantes, mais elles contiennent, néanmoins, du pus. Le malade dit avoir toussé cette nuit; l'état général s'est amélioré depuis quelques jours.

Le 27. Trois selles dans la nuit; état général, le même que la veille.

Le 28. Quatre selles, toujours purulentes; un peu de chaleur de la peau et de fréquence du pouls, dans la soirée d'hier. Accès, de nouveau, de la douleur dans la région hépatique, qui présente toujours une voussure notable.

Le 29. Etat général, toujours le même; deux selles dans la nuit. La quantité de pus paraît moindre que dans les selles précédentes; un peu moins de chaleur hier que les jours précédents,

Le 30. Deux selles légèrement purulentes, dans la nuit.

Le 31. Deux selles dans la nuit; un peu d'amélioration dans l'état général du malade.

1[er] septembre. Deux selles dans la nuit.

Le 2. Quatre selles abondantes dans la nuit, elles paraissent contenir du pus.

Les 3-4. A cinq selles copieuses et purulentes dans la nuit; l'état géné-

ral est le même qu'il y a quelques jours. — Feuilles d'oranger; s. n. bismuth, 5 gr.; sulf. quin., 0.30 centig.; cataplasme.

Le 5. Cinq selles abondantes dans la nuit; toujours de la fréquence du pouls et de la chaleur dans la soirée.

Le 6. Trois selles copieuses dans la nuit. — Oranger; sulf. quin., 0.30; Bismuth, 10 gr.; lavement: laudanum, 10 gouttes; amidon, 10 gr.; lavement laudanisé.

Le 7. Cinq selles, présentant toujours les mêmes caractères. La fréquence du pouls et la chaleur de la peau se montrent toujours dans la soirée.

Le 8. La fièvre était plus accusée hier au soir que les jours précédents; cinq selles dans la nuit.

Le 9. Deux selles, offrant toujours les mêmes caractères. A la suite d'efforts de toux prolongés, le malade a eu une expectoration purulente assez abondante; gêne respiratoire marquée, dans la soirée d'hier; ce matin, le malade se sent beaucoup mieux. Faiblesse très-grande; un peu de chaleur de la peau et de fréquence du pouls (104).

Le 10. Le malade a eu de la fièvre avec chaleur de la peau pendant presque toute la journée d'hier; nouvelles expectorations purulentes assez abondantes. Le pus, qui provient évidemment du foie, est de couleur chocolat. Le malade est un peu abattu et affaibli; somnolence. *Decubitus latéral.*

Le 11. Deux selles dans la nuit, elles paraissent ne plus contenir de pus; expectoration purulente, de même nature que les précédentes, mais peu abondante dans la journée d'hier; presque pas de réaction fébrile, un peu de chaleur de la peau ce matin.

Le 12. Pas de sommeil cette nuit; quatre selles qui paraissent contenir une petite quantité de pus; pas de crachats purulents dans les 24 heures. — Oranger; sulf, quin., 0,30 centig.; 200 gr. de quinquina; diascordium, 2 grammes.

Le 13. Pouls fébrile et peau chaude dans la soirés d'hier; expectoration purulente mêlée de sang; deux selles abondantes dans la nuit.

Le 14. Deux selles dans la nuit; expectoration de même nature que celle de la veille. T. à 3 heures, 40; T. à 8 h., 39,4.

Le 15. Chaleur de la peau et fréquence du pouls dans la soirée d'hier; va bien ce matin; pas d'expectoration; deux selles presque moulées dans la nuit; l'hypertrophie du foie a notablement diminué; respiration fébrile au sommet du poumon droit; un peu de souffle vers la partie moyenne de cet organe; rien d'anormal à la base, sinon que l'on perçoit difficilement le murmure vésiculaire. T. à 8 h. du soir, 39,8.

Le 16. Trois selles copieuses dans la nuit; expectoration purulente légèrement mêlée de sang; la température prise ce matin. T. 38,2.

Le 17. Deux selles dans la nuit; expectoration de même matière que celle de la veille.

Le 18. Trois selles copieuses dans la nuit; insomnie; nouvelle expectoration purulente abondante; faiblesse générale prononcée.

Le 19. Expectoration toujours abondante; trois selles molles dans la nuit. Se sent un peu mieux ce matin que les jours précédents.

Le 20. Pas de selle cette nuit; expectoration abondante de même nature que celle de la veille.

Le 22. Pas de selle cette nuit; l'expectoration nulle.

Le 23. Trois selles dans la nuit; expectoration purulente et sanguinolente assez abondante depuis ce matin.

Le 24. Trois selles dans la nuit; expectoration légère dans la journée.

Le 25. Deux selles dans la nuit; expectoration assez abondante.

Le 26. Deux selles copieuses et contenant quelques traces de pus; expectoration assez abondante dans la journée d'hier.

Le 27. Trois selles dans les 24 heures; légère expectoration purulente et sanguinolente.

Le 28. Trois selles; expectoration de même nature et de même quantité que la veille.

Le 29. Deux selles; expectoration peu abondante.

Le 30. Trois selles; expectoration abondante hier au soir, elles contiennent du pus en grande quantité.

1er octobre. Deux selles; expectoration assez abondante.

Le 2. Pas de selle dans la nuit; a eu dans la journée d'hier deux selles purulentes; expectoration sanguinolente et purulente assez abondante.

Le 3. Une seule selle dans la nuit; expectoration assez abondante; on observe toujours de la chaleur de la peau et de la fréquence du pouls à la visite du soir.

Le 6. Crachats purulents, abondants, légèrement sanguinolents; a dormi cette nuit, mais toussé ce matin; est plus fatigué que ces jours derniers; deux selles demi-liquides noirâtres.

Le 7. Même état.

Le 11. Les crachats purulents sont moins abondants, mais toujours aussi sanguinolents; le soir, moins de chaleur à la peau.

Sort le 17 octobre 1873, comme convalescent, pour prendre le paquebot.

A mon arrivée à Bordeaux, en novembre, Miché était à l'hôpital militaire et paraissait en bonne voie de guérison.

L'hépatite, qui est la conséquence de la dysentérie, a une gravité en général plus grande que celle qui est idiopathique; la preuve que j'en puis donner, c'est que Dutrouleau, p. 517, fournit des chiffres comparatifs de décès entre la Martinique et le Sénégal; d'où il résulte qu'à Saint-Pierre le 3 p. 100 des individus atteints d'hépatite a succombé dans l'espace de six ans, tandis que, dans la même période, il est mort le 0,9 p. 100 à Saint-Louis. Or, on sait qu'à Saint-Pierre c'est surtout à l'hépatite, suite de dysentérie, qu'on a affaire, tandis qu'au Sénégal on voit souvent l'hépatite idiopatique et sans dysentérie arriver jusqu'à la suppuration.

Le traitement de l'hépatite est assez facile à formuler. Il n'est pas

très-compliqué au premier coup d'œil; les indications en semblent simples, et cependant nous devons avouer que le médecin est grandement désarmé devant l'affection. En effet, si dans les atteintes légères, si dans les premières manifestations aiguës de la maladie, la thérapeutique semble avoir une efficacité très-heureuse, il n'en faut pas moins avouer que l'affection que l'on a crue un moment arrêtée, jugulée, n'en continue pas moins sa marche vers l'aggravation d'une manière sourde, insidieuse autant qu'assurée, et, arrivée à un certain degré de son évolution, lorsqu'elle se manifeste de nouveau par des signes sensibles, elle se joue trop souvent de nos efforts, de sorte que le médecin assiste, découragé et impuissant, devant une œuvre de destruction qu'il n'est pas en son pouvoir d'arrêter ni même de combattre.

On a proposé maints moyens contre l'hépatite aiguë au début, et tous ont paru donner raison à ceux qui les avaient imaginés; mais n'oublions pas de répéter que, presque toujours, on n'a pas fait cesser la maladie en atteignant les phénomènes primitifs d'acuité.

A l'époque où l'école physiologique florissait, les émissions sanguines générales étaient de mise dans le traitement de l'hépatite et ont paru donner de bons résultats ici comme partout; mais lorsque la réaction s'est faite, ces bons effets se sont évanouis.

En y réfléchissant aujourd'hui sans la passion qui a pesé si longtemps sur le jugement à ce sujet, on est porté à penser que les saignées générales, agissant par la déplétion brusque du système circulatoire, peuvent avoir un bon effet dans certains cas déterminés, c'est-à-dire chez des sujets pléthoriques atteints d'hépatite aiguë et présentant tous les caractères d'une phlegmasie aiguë sur un organisme très-sanguin; mais en dehors de ces cas, et remarquons que ces sujets pléthoriques sont l'extrême exception au Sénégal, on ne voit pas que la saignée puisse avoir de bons effets; au contraire, prédisposant le sujet à l'anémie dans un pays où les Européens s'affaiblissent toujours sans jamais pouvoir se relever, ces saignées peuvent avoir de fâcheuses conséquences en livrant le sujet, désarmé pour ainsi dire, à l'influence débilitante du climat.

D'autre part, on sait que l'anémie est une des conditions qui favorisent autant la suppuration du foie, que nombre d'autres maladies endémiques de la zone tropicale; de sorte que si le sujet ne doit pas rentrer très-prochainement en Europe, on voit que les indications de la saignée générale seront assez rares. Le D[r] Chassaniol écrivait, dans son Rapport du 1[er] trimestre 1860, que, dès que le malade compte quelques mois ou un an de séjour, il considé-

rait les émissions sanguines comme contre-indiquées et se trouvait mieux de l'émétique ou du calomel.

Les émissions sanguines locales ont été plus heureuses que les saignées, et, de nos jours encore, on prescrit nombre de fois soit des sangsues, soit des ventouses. Il n'est pas impossible que, dans un temps prochain, les saignées directes du foie ne soient un troisième moyen. J'en dirai quelques mots tantôt.

Le Dr Philippeaux (3e trimestre 1847) attaquait volontiers l'hépatite franchement aiguë chez les sujets pléthoriques par la saignée générale, chez les autres par de nombreuses applications de sangsues soit à l'anus, soit *loco dolenti*, et obtenait facilement une première amendation favorable, qu'il aidait par l'emploi ultérieur des vésicatoires et des ventouses scarifiées. Je ne voudrais pas imiter sa pratique pour ce qui est de la saignée générale.

Les sangsues agisssent seulement par la déplétion sanguine qu'elles provoquent; et, bien qu'ici comme en bien des cas, on puisse objecter que la circulation de l'organe que l'on veut atteindre est très-distincte, indépendante de la circulation de la paroi du tronc, il faut cependant bien se rendre à l'évidence des faits, qui montrent une amélioration sensible, une détente des plus heureuses suivre de près et presque toujours les applications de sangsues sur le point correspondant à la glande malade. Que les sangsues agissent comme simple révulsif, qu'elles produisent un bon effet en provoquant la déplétion ménagée du système circulatoire général, qu'elles tirent plus particulièrement du sang du voisinage de la partie souffrante, toujours est-il qu'elles donnent de bons résultats; et, jusqu'à ce que nous sachions d'une manière plus précise leur véritable mode d'action, je crois que nous pouvons nous en tenir aux effets que nous croyons constater actuellement et qui sont favorables. Aussi faut-il, je crois, quand le sujet présente les attributs d'une certaine vigueur et de la richesse vasculaire, commencer le traitement de l'hépatite aiguë par une application de dix à trente sangsues dans le point hépatique; dans l'hépatalgie, indice ou non de l'hépatite chronique, dans l'abcès du foie, ces sangsues me semblent, en revanche, tout à fait inutiles, et, par conséquent, contre-indiquées.

Le Dr Marquiseau, qui a laissé une belle réputation de savoir au Sénégal, commençait toujours le traitement de l'hépatite aiguë par des applications de sangsues en nombre proportionné à la vigueur des sujets, ordonnant en même temps 0,40 centigr. de calomel avec des pilules d'aloës, de rhubarbe et de savon médicinal.

L'idée qu'une déplétion sanguine locale dans un organe atteint de

phlegmasie aiguë est certainement rationnelle ; on a vu dans mille cas la soustraction mécanique du sang être un moyen puissamment efficace pour la résolution d'une inflammation. C'est un peu cette idée qui a présidé soit à l'introduction des saignées générales dans les phlegmasies, soit à l'emploi continué avec faveur jusqu'à nos jours des saignées locales ; et il est fort probable que celui qui a mis des sangsues sur un hypocondre malade a cru tirer du sang hépatique, et faire cesser ainsi directement l'hypérémie qui a paru intimement liée avec l'inflammation. Mais depuis qu'on s'est aperçu qu'il fallait aller jusqu'au foie lui-même pour atteindre sa circulation, on s'est arrêté effrayé à l'idée d'une pareille pratique ; et cependant il n'est pas impossible que ce soit là une opération assez bénigne, dépourvue même de danger d'une part, ayant une certaine efficacité de l'autre.

L'introduction dans la pratique des instruments dits aspirateurs, et dont ceux de M. Dieulafoy, de M. Potain, sont le type, en faisant faire à la médecine comme à la chirurgie de nos jours un pas très-heureux tant sous le rapport du diagnostic que sous celui du traitement, a fait entrer cette idée de la saignée directe du foie dans une nouvelle phase.

Avec ces instruments aspirateurs on peut aller chercher dans des profondeurs inaccessibles jusqu'ici des liquides dont on détermine ainsi la nature de la manière la plus précise ; on peut vider une poche fluide en la maintenant à l'abri du contact de l'air de la façon la plus heureuse, c'est-à-dire en évitant des accidents qui se montraient jusque-là presque fatalement, et dont la crainte avait souvent arrêté la main la plus hardie.

Ces aspirateurs ont été plongés nombre de fois dans nos organes les plus importants, dans des kystes et des abcès du foie, de la veine, dans les collections aqueuses ou purulentes des glandes séreuses, c'est-à-dire dans la plèvre, le péritoine, les articulations, et l'innocuité de la pénétration de l'instrument est établie d'une manière presque indiscutable dès aujourd'hui.

Cependant bien des praticiens ont le droit de s'arrêter, encore indécis au moment de planter un trocart dans certains organes, et particulièrement quand il s'agit de transpercer le foie. On comprend que plus d'un hésite, n'ose tenter l'aspiration que s'il est parfaitement sûr qu'il va arriver dans une poche morbide. S'il pouvait craindre de rester en chemin dans le tissu hépatique, il renoncerait le plus souvent à la chance que lui offre l'aspiration pour le diagnostic ou le traitement, de peur d'avoir à se repentir de son intervention.

Eh bien! il est probable que la ponction, même étendue, de l'organe hépatique par le trocart de l'aspirateur, est une opération fort peu dangereuse, et peut être pratiquée sans qu'on ait à craindre ordinairement la moindre réaction. Les faits expérimentaux et cliniques sont assez nombreux aujourd'hui, je crois, pour faire pencher vers cette opinion.

Si on cherchait dans les annales de la science, on trouverait assurément nombre de cas où la piqûre du foie a été faite sans accidents chez les animaux ou chez l'homme, sans compter les faits déjà fort nombreux d'ouverture des abcès du foie ou des kystes hydatiques dans lesquels les chances d'accidents sont si peu fréquentes qu'elles ne sont indiquées, pour ainsi dire, que pour mention dans les ouvrages classiques ; on peut dire que des coups de fleuret, des plaies d'armes à feu même, n'ont pas entraîné la mort dans quelques circonstances ; mais ce serait vouloir forcer la signification des faits que de s'appuyer sur des arguments de cette nature ; aussi vaut-il mieux ne tenir compte que des piqûres pratiquées dans des conditions et avec des instruments comparables aux conditions et aux instruments dont il peut être question dans la pratique médico-chirurgicale.

Or, disons que, sans remonter bien loin, nous trouvons dans la *Thèse inaugurale* d'un officier de santé de la marine, le Dr Lavigerie (Paris, 1866), la citation de ponctions expérimentales du foie sur un chien et plusieurs lapins, dans lesquelles il n'y a pas eu le moindre accident consécutif. On pourrait, d'après lui, tenter hardiment cette opération sur les animaux, sans crainte de voir des accidents réactionnels d'hépatite ou de péritonite se développer.

M. de Castro (*Des abcès du foie et de leur trait. chir.*, Paris, 1871) a cité, dans son très-remarquable travail sur les abcès du foie, plusieurs expériences faites par lui et par les membres de la Société médico-chirurgicale d'Alexandrie sur des animaux, chiens, chats, lapins, sans que jamais le moindre phénomène réactionnel ait été signalé.

Moi-même j'avais fait, en 1862, plusieurs fois accidentellement, la ponction du foie sur des chats, en pratiquant des expériences qui avaient pour but de rechercher ce qui se passe quand on interrompt le cours du sang dans la veine cave inférieure à l'aide d'une ligature, et je n'ai jamais constaté d'accident sérieux dépendant de la piqûre de la glande, de sorte que nous avons à la rigueur déjà un certain nombre de faits qui tendent à prouver l'innocuité de la ponction de l'organe hépatique chez les animaux.

Mais on comprend facilement qu'en présence d'une question aussi grave que celle-ci les praticiens sont en droit d'objecter que les expériences faites sur les animaux sont insuffisantes pour autoriser l'essai de l'opération chez l'homme. Aussi il nous faut rechercher si la pratique chirurgicale contient quelque fait probant dans cet ordre d'idées. Ce n'est que si des observations indiscutables existent et sont suffisamment nombreuses, dira-t-on, que la ponction du foie pourra être considérée comme réellement dépourvue de danger. Eh bien ! nous trouvons dans le travail de M. de Castro un document précieux à ce point de vue : chez un malade, ce praticien croyant à l'existence d'un abcès du foie, fit une ponction qui révéla l'erreur de son diagnostic sans qu'il en résultât le moindre accident.

M. de Castro cite trois autres faits analogues. Le Dr Navarette (*Thèses de Paris*, 1872, p. 60) dit que le Dr Damachino a vu Velpeau faire une double ponction explorative dans le foie avec un trocart sans provoquer aucun accident. Il existe donc déjà, depuis un certain temps, quelques faits tirés de la pathologie et de l'expérimentation sur l'homme, qui tendent à prouver que chez nous comme chez les animaux la ponction du foie est une opération dépourvue de toute gravité ; j'en ai apporté quelques autres à l'appréciation de ceux qui veulent s'occuper de cette question.

Je ne connaissais pas les faits que je viens de citer quand j'ai fait ma première ponction du foie, et j'avoue que je ne l'ai pratiquée que par le fait d'une erreur ou plutôt d'une inexactitude de diagnostic, car je n'aurais pas eu le courage de tenter aussi hardiment, sans raison pressante, une pareille expérience. A quelque chose mon erreur aura été utile. Voici le fait : Je soignais, à l'hôpital militaire de Saint-Louis, un jeune mulâtre qui avait bien évidemment un abcès du foie, démontré par maints symptômes et qui a été ultérieurement mis en lumière par l'autopsie ; la voussure s'accentuait ; il me sembla qu'un peu de fluctuation se manifestait. Voulant évacuer le pus de bonne heure, j'introduisis un trocart de trousse dans le foie. J'arrivai à une profondeur de onze centimètres sans rencontrer de pus. Pensant que la première direction du trocart était défectueuse, je fis séance tenante une seconde ponction à quinze centimètres de profondeur, sans être plus heureux.

Je fus grandement attristé de mon insuccès, comme on le comprend, et surtout je redoutais les suites de ce que je considérais comme une témérité extrême de ma part. Mais le sujet n'éprouva absolument aucun accident, et c'est au point que je recourus, trois semaines après, à une nouvelle ponction qui n'amena pas de pus ; le

foyer de l'abcès était trop profond et s'ouvrit dans les bronches, au lieu de venir au dehors, du côté de la paroi costale. Le sujet succomba, plus d'un mois après la dernière exploration, aux progrès de son mal ; cette exploration n'avait pas été, plus que les deux précédentes, suivie de la moindre trace de réaction.

Peu de temps après, j'eus à soigner un sous-officier qui descendait du haut fleuve dans un triste état d'anémie paludéenne. Son foie était considérable ; une voussure notable déformait la base de la cage costale à droite, et cette fois encore je crus avoir affaire à un abcès du foie. D'après les commémoratifs, cet homme devait avoir une hépatite aiguë idiopathique, c'est-à-dire n'étant pas due à l'absorption des matières septiques de la dysentérie ; il avait alors une véritable phlegmasie du foie ; dans ces cas l'abcès, plus phlegmoneux, qu'on me passe le mot, que dans l'autre plus circonscrit, est plus facilement guérissable ; aussi me décidai-je à recourir de bonne heure à la ponction aspiratrice.

Je plongeai un trocart de trousse à cinq centimètres de profondeur, en plein foie. Ne trouvant pas de pus, je le poussai successivement jusqu'à 15 centimètres et je ne trouvai là que du sang ; je fus grandement déçu encore, mais pensant alors, à tout hasard, que peut-être le foie n'était encore qu'hypérémié, je me décidai à faire une expérience qui ne devait pas augmenter sensiblement les mauvaises chances, à mon avis ; je retirai une certaine quantité de sang par l'aspiration, faisant, en un mot, une saignée hépatique directe. L'émission sanguine fut d'environ 80 grammes. Aucun accident ne se manifesta, bien au contraire ; les phénomènes de phlegmasie du foie se dissipèrent sans autre médication, avec une facilité très-remarquable, et peu de jours après ce sous-officier, qui venait d'avoir son congé, sortit de l'hôpital, amélioré dans son état général ; il se portait bien trois mois après encore, moment où je le perdis de vue, quittant moi-même la colonie.

Quelques jours après cet essai de saignée hépatique, car on sait combien les congestions et les hypérémies phlegmatiques du foie sont fréquentes au Sénégal, je me trouvai en présence d'un nouveau cas propice ; c'était un jeune Anglais de l'île Maurice, habitant depuis trois ans la côte d'Afrique, ayant eu une fièvre bilieuse l'année d'avant, à Sierra-Leone ; il entrait à l'hôpital de Saint-Louis pour une hépatite aiguë au début. Cette fois je plongeai hardiment le trocart dans le foie ; j'en retirai environ cent grammes de sang et ne fis aucune médication interne, afin de ne pas obscurcir la signification des faits. Non-seulement il n'y eut aucun accident cette fois encore, mais, comme dans le cas précédent, la phlegmasie se ter-

mina si rapidement par résolution qu'avec un peu de bonne volonté on eût pu lui appliquer peut-être le dicton : *post hoc, ergo propter hoc.*

J'ai eu l'occasion de faire ultérieurement la ponction du foie chez sept autres individus au Sénégal, et jamais je n'ai vu survenir le moindre accident, de sorte que je rentrai en Europe avec la pensée que ces ponctions hépatiques étaient au moins d'une habituelle innocuité, puisque je les avais pratiquées douze fois sur dix individus différents sans jamais constater l'ombre du moindre accident tant du côté du foie que du côté du péritoine.

Au commencement de l'été de 1874, mon savant ami le Dr Adolphe Dumas, de Cette, me montra un malade qu'il soignait en collaboration avec M. Jaquemet, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier. Il s'agissait d'une tumeur mal déterminée de l'abdomen, entraînant des accidents d'œdème des membres inférieurs et d'ascite. La matité hépatique était manifestement augmentée d'étendue. Une sorte de frémissement, perçu au toucher, pouvait faire admettre la possibilité d'un kyste hydatique. Notre avis à tous les trois fut qu'une ponction exploratrice devait être pratiquée.

Cette ponction fut faite par M. le professeur Jacquemet ; les aspirateurs Dieulafoy et Potain furent tour à tour mis en usage sans amener autre chose que du sang en petite quantité. Une seconde ponction hépatique fut tentée dans une autre direction pendant la même séance ; elle amena 80 à 100 grammes de sang pur ; l'aspiration se faisait de telle sorte que nous pensâmes que l'instrument avait pénétré dans l'axe d'une vésicule de certain calibre, et qu'on aurait pu extraire sans difficulté au moins 500 grammes de sang si on avait voulu.

Il y eut un peu d'épanchement de sang dans le péritoine, cette fois ; la chose nous fut prouvée par la présence des globules dans le liquide ascitique, que l'on retira un instant après en pratiquant la paracentèse ; aucun accident ne se manifesta néanmoins.

Un mois après environ, M. Jaquemet pratiqua devant nous une autre ponction hépatique qui n'amena aucun liquide, mais qui ne provoqua non plus absolument aucune réaction grande ou petite, locale ou générale.

Voilà donc onze individus différents auxquels j'ai ponctionné ou vu ponctionner le foie à des profondeurs de 5 à 15 cent., sans qu'il en résultât aucun accident, et voilà quinze ponctions hépatiques qui n'ont pas été suivies de la moindre réaction, locale ou générale. Tant que ces faits ont eu pour théâtre un hôpital des colonies, disais-je dans une note insérée dans le *Bulletin général de thérapeu-*

tique, j'ai cru devoir les passer sous silence, craignant qu'ils n'eussent pas toute la notoriété désirable pour les plus difficiles. Mais aujourd'hui voici, pour servir de garant à mes essais du Sénégal, trois ponctions du foie pratiquées en France, et ces dernières ont pour répondants le Dr Adolphe Dumas, de Cette, et le professeur Jacquemet, de Montpellier,— ajoutons qu'elles sont à la parfaite connaissance de M. le professeur Fonssagrives, qui a examiné ultérieurement le sujet, — le moindre doute sur l'exactitude des faits pourrait-il exister? Je me plais à croire que non. J'ajouterai à cela que je connais aujourd'hui plus de cinquante autres ponctions du foie avec le trocart capillaire n'ayant jamais produit aucun accident.

Je n'ai pas à m'occuper du manuel opératoire de ces ponctions. Je dirai seulement que, ne possédant pas d'instrument aspirateur au Sénégal, je me servais d'un trocart de trousse que j'enfonçais directement, et quand la canule était en place, j'appliquais sur la peau voisine une ventouse pour faire le vide et aspirer ainsi le liquide hépatique. En Europe, où il est plus facile de se procurer un instrument aspirateur proprement dit, on peut mettre en usage celui de M. Potain ou celui de M. Dieulafoy, ou tel autre qui sera proposé. Ajoutons que je me suis servi d'un trocart gros comme un stylet de trousse, et que M. Jacquemet a employé un trocart qui avait près d'un millimètre de diamètre.

La conséquence des faits que je viens de rapporter me semble être que les piqûres du foie à l'aide du trocart de l'aspirateur sont assez généralement dépourvues de danger, et cette innocuité, constante dans sept cas différents et dans vingt-une ponctions, me semble déjà de nature à enhardir les praticiens qui seront amenés à l'idée de l'emploi de l'aspirateur, tant comme moyen de diagnostic que comme moyen de traitement dans les maladies où il faut traverser une certaine étendue du tissu hépatique sain ou hypérhémié.

Quant à ce qui est de l'utilité de la saignée locale du foie, nous n'osons pas encore être aussi affirmatif. Dans notre pensée, c'est un moyen utile, plus utile que les sangsues, par exemple ; mais il constitue une telle hardiesse encore que nous n'osons pas le préconiser comme une opération à employer dans la pratique courante; nous avons voulu appeler l'attention sur lui, et nous attendrons que l'expérience ait prononcé sur son compte pour insister davantage sur son emploi.

Le vésicatoire volant a donné de bons effets dans l'hépatite aiguë et le point hépatique, toujours en vertu de la révulsion qu'il exerce,

et il peut se présenter à côté des sangsues avec cet avantage qu'il ne soustrait pas de sang pur et, par conséquent, qu'il n'anémie pas le sujet.

Les ventouses scarifiées semblent réunir les avantages des sangsues et des sinapismes, sinon du vésicatoire volant; aussi sont-elles employées par quelques praticiens de préférence aux annélides; d'autant que le verre à ventouse est toujours à la portée de la main, tandis que, dans nombre de circonstances, les sangsues font défaut au Sénégal.

Le sinapisme, sur la paroi du tronc qui répond à la douleur, est un bon moyen contre le point hépatique et contre le phénomène, douleur de l'hépatalgie.

Thévenot, en comparant la fréquence de l'hépatite à la rareté des affections pulmonaires au Sénégal, a fait faire au traitement de l'inflammation du foie un grand pas; il a établi un parallèle entre les symptômes, qui devait bientôt solliciter les praticiens à essayer les mêmes moyens thérapeutiques, et depuis longtemps, notamment depuis le Dr Bérenguier, qui était chef du service de 1854 à 1858, on a employé, sur une vaste échelle, la potion rasorienne à l'émétique dans l'hépatite, comme on l'employait en Europe dans le même temps contre la pneumonie.

J'ai employé un grand nombre de fois cette potion rasorienne dans ma pratique au Sénégal, et j'ai obtenu toujours un amendement des symptômes inflammatoires qu'on eût pu appeler une jugulation. Donc je signale la potion à 20, 30 ou 40 centigr. de tartre stibié à prendre par cuillerées à café, de demi-heure en demi-heure, dans l'hépatite aiguë. Mais, pour être dans le vrai, il faut avouer que tous les moyens dirigés contre l'hépatite aiguë ont très-rapidement raison des douleurs, produisent une sédation qui paraît très-heureuse, mais qui, malheureusement, est sans résultat bien évident sur la marche ultérieure de la maladie.

Haspel et nombre de médecins militaires de l'Algérie ont préconisé le vomitif au lieu de la potion contra-stimulante; je l'ai mis en usage aussi, et nombre de fois mes prédécesseurs y ont eu recours. C'est un moyen moins douloureux qu'on n'est porté à le penser de prime abord, car, dès les premiers spasmes du vomissement, la douleur hépatique diminue et disparaît; il est assez analogue au moyen précédent, mais lui est inférieur, il me semble, au point de vue de l'efficacité immédiate.

Les purgatifs ont été largement mis en œuvre dans le traitement de l'hépatite, et pour agir sur l'estomac, sur le foie ou sur l'intestin,

on a songé à nombre d'évacuants ; cette idée des purgatifs a même peut-être servi de transition entre d'autres médications de l'hépatite et l'emploi du calomel.

Les purgatifs font, d'une manière générale, un bon effet dans le raitement de l'hépatite, mais tous ne sont pas également indiqués, à mon avis; ainsi les drastiques qui vont agir sur le gros intestin me semblent tout à fait irrationnels, disons-le, dès le début, lorsqu'on peut penser et mieux redouter une lésion matérielle de la muqueuse. L'huile de ricin, la manne, les purgatifs salins constituent d'excellents moyens et permettent d'agir d'une manière assez variée pour n'avoir pas besoin de recourir soit aux drastiques, soit au calomel.

Je viens de prononcer le nom du médicament qui a été considéré longtemps comme le spécifique contre l'hépatite aiguë, et qui, au moment présent encore, jouit, auprès de quelques praticiens, d'une funeste faveur. Je me suis assez étendu sur le compte de ce calomel en m'occupant de la fièvre mélanurique pour n'avoir pas besoin d'y revenir ici; j'y renvoie le lecteur et j'ajoute que je voudrais, pour le bien, pour la vie même de nombre de malheureux, voir ce calomel sinon banni d'une manière absolue de la thérapeutique des pays chauds, au moins employé beaucoup plus rarement qu'on ne le fait.

Après avoir énuméré tous les moyens médicaux que la thérapeutique oppose à l'hépatite, il nous faut compléter le traitement de l'affection par l'exposition des moyens chirurgicaux capables de donner issue au pus qui s'est formé dans le foie; moyens chirurgicaux qui constituent une opération extrêmement grave, non pas par elle-même, on pourrait dire, mais parce que la guérison vient bien rarement la couronner.

L'ouverture des abcès du foie peut se faire d'après les auteurs classiques par trois méthodes :

A. la cautérisation;
B. l'incision ;
C. la ponction.

A chacune d'elles se rattachent divers procédés, que nous allons présenter sous forme de tableau pour les montrer d'un seul coup d'œil :

CAUTÉRISATION.	*Procédé ancien.*— Cautère actuel. *Procédé de Récamier.* — Potasse caustique à plusieurs reprises.

Méthode	Procédé	
INCISION. . . .	*Procédé de Begin.* — 1er temps : incision jusqu'au péritoine ; donner le temps aux adhérences de s'établir. — 2e temps : incision.	
	Procédé de Graves. — 1er temps : comme le précédent ; laisser faire saillie à la tumeur dans la plaie. — 2e temps : comme le précédent.	
	Procédé de Horner. — 1er temps : comme le précédent Suture du foie à la paroi abdominale.	
	Procédé de Vidal de Cassis. — 1er temps : incision jusqu'au voisinage du péritoine. — 2e temps : cautérisation potentielle.	
	Procédé de Cambay. — 1er temps : comme les précédents. — 2e temps : ponction au trocart ; laisser la canule en place.	
PONCTION . . .	*Procédé de Boyer.* — Bistouri étroit.	Procédé ordinaire. Aspiration à l'aide d'une ventouse.
	Ponction au trocart simple. . . .	Procédé ordinaire.
	A ciel ouvert ou méthode sous-cutanée.	Aspiration.
	Procédé de l'auteur. — Ponction au trocart et cautérisation actuelle du trajet avec ou sans aspiration.	

La plupart de ces diverses méthodes et les procédés qui s'y rattachent ne sont pas sans avoir quelques inconvénients ; en effet, la cautérisation actuelle étant à peu près délaissée pour la cautérisation potentielle de Récamier, on peut dire qu'elle exige un temps assez long et, à ce titre, est entachée d'une sérieuse défectuosité, car elle laisse le malade pendant dix ou quinze jours sous la menace d'une rupture mortelle du kyste.

L'incision expose peut-être trop à l'inflammation du péritoine et à l'épanchement du pus, sans compter que c'est une opération chirurgicale qui, sans être difficile par elle-même, ne manque pas d'être délicate, parce qu'elle expose à des lésions vasculaires et nécessite la division des tissus à une certaine profondeur quand le sujet a un peu d'embonpoint. Dutrouleau rapporte (p. 526) un fait de mort par péritonite, à la suite d'une incision d'abcès du foie. La modification de Cambay n'est qu'un palliatif très-aléatoire contre l'épanchement ; celle de Horner est assez peu heureuse pour être délaissée aujourd'hui.

La ponction, de son côté, est incomparablement plus facile à pratiquer, car c'est une opération très-simple, mais elle m'a semblé longtemps menacer très-grandement le sujet des immenses dangers

de l'épanchement dans le péritoine pendant l'opération par le procédé ordinaire; après, si on a employé l'aspiration.

Comme la simplicité de la ponction au trocart m'avait séduit de prime abord, je cherchai le moyen de faire disparaître les chances d'épanchement du pus dans le péritoine, et j'y arrivai d'une façon très-simple : en faisant chauffer à blanc un petit cautère actuel du diamètre du trocart et en le plongeant dans la canule pour l'y laisser éteindre quand le pus a cessé de s'écouler au dehors; voici d'ailleurs la description du procédé.

Le malade étant placé dans le décubitus dorsal, le point où l'abcès est le plus facilement accessible étant déterminé, on plonge, par une pression continue et lente, un trocart garni de sa canule. Quand on est arrivé dans la poche, on retire le trocart, on laisse écouler le pus simplement au dehors ou on en provoque la sortie à l'aide d'une ventouse ou de l'aspirateur, et, quand le pus a cessé de couler, on introduit, à deux ou trois reprises, un morceau de fil de fer rougi à blanc dans la canule, afin de produire une escharrification cylindrique par l'action conductrice de cette canule.

J'ai pratiqué un assez grand nombre de ces ponctions du foie avec cautérisation du trajet pour pouvoir affirmer l'innocuité de l'opération. J'ai, en outre, eu l'occasion de faire une autopsie qui m'a montré que, par cette cautérisation actuelle du trajet, on établit instantanément des adhérences très-solides entre la surface du foie et la paroi abdominale, de sorte que je n'hésite pas à préconiser ce procédé de préférence aux autres, dont je me suis occupé précédemment.

J'ai dit tantôt que la ponction m'a semblé longtemps exposée à des dangers d'épanchement; depuis j'ai été porté, par l'examen des faits, à penser que dès que le pus s'approche de la périphérie du foie, il provoque une irritation dont la conséquence est l'adhérence de la glande à la paroi abdominale dans une assez grande étendue, de sorte que la cautérisation du trajet du trocart me paraît une précaution inutile dans nombre de cas, et je ne me suis décidé à la signaler que pour donner, le cas échéant, une sécurité de plus à celui de mes successeurs qui craindrait l'épanchement péritonéal.

Le procédé opératoire d'ouverture des abcès du foie est donc déterminé d'une manière précise : c'est la ponction au trocart avec ou sans la cautérisation actuelle du trajet; mais nous n'avons pas fini d'étudier la question, il nous reste à discuter le point le plus difficile assurément, c'est de savoir dans quel cas il faut opérer et dans quel cas il faut s'abstenir.

Les auteurs disent que l'indication de l'opération n'est manifeste

que lorsque l'abcès vient faire saillie à la paroi correspondante, et que l'on sent la fluctuation plus ou moins évidente sous le doigt. Je n'ai pas partagé tout d'abord cet avis, pensant que, du moment où l'abcès est formé au moment où il est tangible à notre vue et notre toucher, il s'écoule un temps assez long pendant lequel le sujet court les plus terribles chances d'accident à chaque instant, et pendant longtemps j'aurais voulu que l'on pensât que l'indication de l'évacuation du pus existait dès qu'on a l'assurance qu'il y a un abcès dans le foie.

Après une longue pratique, de nombreuses observations et d'incessantes réflexions sur ce sujet, je suis revenu grandement de ma première opinion. Je ne considère aujourd'hui l'évacuation du pus d'un abcès du foie comme indiquée, que lorsque l'abcès est bien tangible au toucher, qu'il ne paraît avoir aucune tendance à se vider soit dans les bronches, soit dans le tube digestif, et enfin quand l'état général est assez bon pour pouvoir espérer qu'il suffira au long et difficile travail de réparation qu'il faut qu'il fasse.

Faut-il que le sujet ne soit pas dans un état fébrile pour que l'opération soit indiquée? On ne peut pas répondre par oui ou par non à cette question, mais il est très-important cependant d'y répondre, et voici l'opinion à laquelle je suis arrivé : un individu arrive à l'hôpital atteint d'une hépatite aiguë, on assiste à la formation rapide de son abcès; l'état fébrile des premiers jours persiste; passe, sans transition bien apparente, de la fièvre de phlegmasie aiguë à la fièvre hectique; il ne faut pas tenter l'opération, la mort devrait-elle approcher à grand pas, car il est grandement à croire que le sujet est atteint d'une suppuration multiple et mal délimitée du foie; ce n'est pas un abcès circonscrit avec sa membrane pyogénique, mais plusieurs abcès séparés par une sorte de fonte putrilagineuse circonvoisine de l'organe hépatique, et, dans ce cas, l'opération n'atteindrait qu'une infime partie du mal; elle serait inutile étant tout à fait impuissante.

Au contraire, un individu a eu précédemment une hépatite qui a semblé disparaître très-complétement, puis, après un temps long, plusieurs semaines, plusieurs mois écoulés sans fièvre et avec l'apparence d'une santé moyenne, les phénomènes d'un abcès du foie se sont montrés sans réaction fébrile. Ce n'est qu'ultérieurement que des symptômes de fièvre hectique se sont manifestés, d'abord très-obscurément, puis s'accentuant peu à peu et d'une manière lente. Le médecin devra hésiter; il est possible que la fièvre actuelle soit une véritable fièvre hectique entretenue par la présence du pus et, dans ce cas, *sublata causa tollitur effectus;* mais il ne faut

pas se dissimuler que la chance est très-aléatoire. Si on veut toute mon opinion là-dessus, je dirai que, dans un cas pareil, j'opérerais en pensant cependant que la mort sera la terminaison de la maladie.

Si les phénomènes d'abcès du foie se manifestent sans fièvre, d'une manière lente, insidieuse et que la voussure du côté, la fluctuation soient, pour ainsi dire, les premiers et les seuls phénomènes, il y a des chances pour que l'abcès soit circonscrit, unique même parfois, et alors l'opération est tout à fait indiquée. Ne nous berçons pas d'un faux espoir cependant, car neuf fois sur dix au moins, sinon davantage, le sujet est condamné à une mort prochaine.

Il est peu de questions qui m'aient autant préoccupé que celle de l'ouverture de l'abcès du foie. Dans les premiers temps de ma pratique sénégalaise, je mettais une sorte d'empressement à diagnostiquer la suppuration hépatique, et, dès que les signes me paraissaient évidents, j'allais plonger le trocart dans le foie. J'ai plus d'une fois émerveillé, pour ainsi dire, mes aides, jeunes gens venant d'Europe, et qui, n'étant pas encore parfaitement prévenus de l'insidiosité de l'hépatite, ne soupçonnaient pas l'existence d'un abcès. J'ai plusieurs fois été béni par des malheureux qui voyaient sortir des flots de pus de leur côté et qui se croyaient guéris à mesure que cette pourriture s'évacuait. Hélas! quel résultat final ai-je obtenu dans tous les cas de ce genre? La mort, et rien de plus. J'ai vu les uns succomber au bout de quelques semaines; les autres durer deux et trois mois, avoir le temps même d'être évacués sur Gorée, d'être embarqués sur un transport, et, avec un peu de bonne volonté, on aurait pu dire qu'ils étaient sortis guéris, ayant quitté la colonie vivants. Eh bien! cette bonne volonté serait coupable : ils sont tous morts, et je crois que, dans ces cas, la mort est la loi commune, la guérison l'extrême exception.

Donc, après mûre réflexion, j'en suis arrivé à penser que l'opération doit être tentée sans hésitation quand on a affaire à un abcès évident sans fièvre; que l'hésitation est permise quand l'abcès, manifesté sourdement et sans fièvre, s'accompagne peu à peu d'une fièvre hectique; que l'abstention est la règle dans le cas où l'abcès se forme étant précédé et accompagné sans interruption de fièvre. Dans le premier cas, on peut espérer la guérison, bien que la maladie soit très-dangereuse et souvent mortelle; dans le second cas, l'opération a bien peu de chances de succès; dans le troisième, elle n'en a aucune.

Dans le cas où l'opération a été faite, faut-il faire des lavages

de la poche pyogénique pour prévenir ou combattre l'infection? Dutrouleau dit qu'il faut être très-sobre de ces injections, conseil très-sage et que je ne saurais trop répéter. On comprend en effet que la pression du liquide peut produire une rupture et entraîner un épanchement péritonéal mortel, qui ne serait peut-être pas arrivé sans l'injection. La prudence et la logique conseillent donc d'être d'autant plus avare de ces injections, même dans le cas où elles sembleraient très-péremptoirement indiquées, que l'abcès est ouvert depuis moins de temps; on comprend que c'est pour donner le temps aux adhérences de s'établir d'une manière suffisamment protectrice contre ces injections.

Mais, dans nombre de cas, le pus qui sort de l'abcès même après la première ponction est infect, et on comprend qu'il peut empoisonner l'organisme par sa putridité. Il y a alors danger des deux côtés : si on fait l'injection, on peut provoquer un épanchement péritonéal; si on ne fait pas l'injection, la décomposition du pus peut tuer aussi sûrement le sujet. Je me suis servi, dans ces occurrences, d'une solution concentrée de permanganate de potasse, de manière à produire une efficace neutralisation des matières septiques à l'aide d'une très-petite quantité de liquide. A défaut de permanganate de potasse, j'ai employé la teinture d'iode; mais l'action topique irritative de ce dernier agent a fait que je l'ai injecté à la dose à peine de deux à cinq grammes, mélangée à une égale quantité d'eau. Il faut d'ailleurs tâter la susceptibilité du sujet avec la teinture d'iode, et, au besoin, faire de très-petites injections répétées deux ou quatre fois en vingt-quatre heures pour lutter contre la décomposition du pus; car il ne faut pas oublier jamais que les lavages à l'aide d'injections même très-peu copieuses sont souvent si dangereuses, qu'il vaut mieux ne pas y recourir.

Comme on ne saurait apporter trop de clarté dans l'exposition du traitement d'une maladie, surtout quand cette maladie est aussi grave que celle qui nous occupe actuellement, nous allons formuler en quelques mots quel est le traitement qui nous paraît devoir être employé en temps ordinaire et comme règle générale, réservant les autres moyens aux cas où une indication spéciale se présente.

Point hépatique.

Lorsqu'un individu est atteint de point hépatique, la médication à faire se compose de moyens locaux et de moyens généraux : le sinapisme, le vésicatoire volant, les ventouses sèches, scarifiées, puis frictionnées à la pommade émétisée, les inoculations ou les frictions d'huile de Croton, sont les moyens locaux de l'état qu'on

peut appeler chronique, et viennent généralement très-facilement à bout de la douleur.

Dans le cas d'acuité de la maladie, de constitution exceptionnelle du sujet, quelques sangsues. Mais n'oublions pas qu'il faut être extrêmement avare d'émissions sanguines au Sénégal, et que les moyens précédents viennent toujours, je crois, à bout de la douleur du côté.

La médication locale n'est qu'une partie du traitement du point hépatique; le traitement général ne doit pas être négligé. Ce traitement général consiste dans des purgatifs, parmi lesquels l'huile de ricin émulsionnée, la manne, le tamarin tiennent la première place; le jalap, l'aloès ne me paraissent indiqués qu'exceptionnellement, pour révulser sur le gros intestin la congestion hépatique; mais il n'est pas impossible que ces derniers moyens ne soient assez dangereux.

Les sels neutres provoquent une constipation secondaire qu'il est bon d'éviter; enfin je dirai que je ne me suis jamais permis de recourir au calomel dans ces cas, craignant d'employer une arme trop puissante et trop dangereuse.

En un mot, le traitement du point hépatique comprend deux indications : 1° agir topiquement sur le point de côté; 2° dégorger le foie. Les purgatifs et le maintien de la facilité des selles sont les moyens utiles.

Ajoutons qu'un individu atteint ainsi doit éviter tous les excès de fatigue et surtout de table. Prendre grand soin de la liberté du ventre, ne faire aucune imprudence s'il doit rester longtemps au Sénégal, et songer sérieusement aux voies et moyens de retour en Europe.

Hépatite aiguë.

Il faut toujours distinguer deux cas : A. l'hépatite aiguë est idiopathique; B. l'hépatite aiguë est la complication de la dysentérie. Envisageons-les séparément.

A. *Hépatite aiguë idiopathique.* — Nous avons suffisamment indiqué les conditions d'emploi des saignées générales ou locales pour n'avoir pas besoin d'y revenir. Bornons-nous à dire que le traitement du cas présent comprend deux ordres de moyens : 1° les moyens locaux, sangsues, vésicatoires; 2° les moyens généraux, saignée générale ou sangsues à l'anus dans quelques circonstances; potion contre-stimulante à l'émétique si la maladie est intense, puis toute la série des purgatifs. Ici je n'ose proscrire d'une manière absolue le calomel dont on a dit tant de bien; mais j'avoue que j'ai la plus grande répulsion contre ce moyen.

Dans tous les cas, c'est le calomel à dose massive, quatre-vingts centigrammes à un gramme, par exemple, en une fois, que j'emploierais, le cas échéant, de préférence, pour produire une purgation passagère, sans mettre pendant longtemps l'organe hépatique sous l'influence du protochlorure. Je condamne *a priori* toute médication qui entraînerait une tendance ou une chance de salivation.

Dans le cas où la potion rasorienne ne serait pas employée, une potion avec deux ou trois grammes de teinture de digitale me paraît produire une excellente sédation de l'état fébrile. Je ne parle pas de la vératrine, de l'aconit, parce que ces agents ne se trouvent pas habituellement dans la pharmacie du médecin de la marine. Je crois qu'ils agiraient dans le même sens.

Si, pour le point hépatique, nous avons parlé de l'indispensable nécessité de surveiller désormais l'hygiène des individus, *a fortiori*, ici il faut avoir une extrême sévérité de régime et de vie, car il ne faut pas oublier que désormais le sujet court de sérieux dangers dans les pays chauds. Il ne peut continuer à y séjourner qu'en se soignant avec attention s'il veut être prudent.

B. *Hépatite aiguë compliquant la dysentérie.* — Le traitement de cette forme d'hépatite n'est pas très-différent de celui du cas précédent; seulement ici je suis disposé à prêter une influence plus utile au calomel, qui agira en même temps et sur l'intestin et sur le foie. Je répète cependant ce que je disais touchant la salivation : il faut l'éviter à tout prix; et, d'ailleurs, disons que, pour ces cas, ce que j'ai dit, dans le premier volume, en parlant du traitement de la dysentérie par les pilules de Segond, est en tout applicable ici, sans préjudice des agents locaux et de la potion anti-fébrile à la digitale.

Ai-je besoin d'insister davantage encore pour bien pénétrer et médecin et malade de la nécessité de grandes précautions désormais. Qu'ils n'oublient pas l'un et l'autre que, dans les cas qui nous occupent, l'abcès du foie est une menace très-sérieuse même dans les conditions les plus favorables; et je n'ajouterai rien, ne pouvant que répéter qu'il faut impérieusement songer au retour en Europe sous peine d'accidents graves.

Abcès du foie.

Le traitement de l'abcès du foie diffère suivant que l'abcès est en formation, qu'il est formé, qu'il est en suppuration. S'il est en formation et qu'il soit possible de renvoyer l'individu en Europe, il ne

faut pas hésiter une minute. Disons prématurément que la même recommandation doit être faite implicitement pour tous les cas.

Si l'abcès est en formation, éviter les occasions de fièvre, de dysentérie, donner des potions anti-fébriles, employer des révulsifs vésicants sur le foie, etc., etc.; mais, hélas! on assiste impuissant le plus souvent à l'évolution pathologique.

Si l'abcès est formé, on n'a qu'une sage expectation à suivre, jusqu'à ce que l'on voie se dessiner l'issue vers laquelle il tend. S'il vient au dehors, les moyens chirurgicaux dont j'ai parlé; s'il s'ouvre dans la poitrine, dans l'intestin, ce n'est guère encore qu'une sage expectation qui est de mise. On soutient les forces du sujet autant qu'on peut, et ici encore le retour en Europe sera préféré toutes les fois qu'il sera possible.

Si l'abcès est en suppuration, rien de bien spécial à signaler. Soutenir les forces, empêcher, si c'est possible, la stagnation, la putridité du pus; mais ici, plus encore que jamais, se hâter de renvoyer le sujet en Europe si on ne veut pas que la mort soit la conséquence fatale, on peut dire, de la maladie.

AUTRES MALADIES ENDÉMIQUES.

Les maladies endémiques que nous avons rangées sous la dénomination de : *autres*, ont très-sensiblement diminué à mesure que le temps s'est refroidi, et cela pour deux raisons : ceux qui étaient encore assez forts pour ressentir le bénéfice de la bonne saison sont en voie de grande amélioration, sinon de guérison, tandis que ceux qui étaient plus profondément atteints ont été influencés fâcheusement par les premières brises du nord et ont été atteints de dysentérie ou d'hépatite. Nous n'aurions guère à parler ici que de l'anémie, et, comme ce que nous avons à en dire n'est pas très-spécial, nous renvoyons à un des mois ultérieurs pour l'étude complète de la maladie.

MALADIES SPORADIQUES.

Il faut faire la distinction entre la catégorie des *saisonnières* et la catégorie des *autres* pour s'entendre au sujet de l'intensité et de la gravité comparative des maladies sporadiques au moment qui nous occupe.

En effet, sous l'influence des premiers froids, on observe un assez grand nombre d'affections des voies respiratoires, de sorte que le chiffre moyen du mois est dépassé pour les maladies sporadiques saisonnières, tandis que les autres sont sensiblement diminuées de nombre.

La raison de cette augmentation et de cette diminution est tellement facile à comprendre qu'il est inutile de la développer longuement. En effet, les premières fraîcheurs *enrhument* les créolisés, tandis qu'elles redonnent du ton et de l'énergie vitale aux Européens qui ont conservé encore assez de leur vigueur primitive. Ces affections des voies respiratoires sont généralement assez légères chez les Européens, mais elles sont notablement plus graves chez les nègres.

Cholérine ou diank.

On observe quelquefois au Sénégal des atteintes de diarrhée qu'on a voulu considérer comme tout à fait spéciales au pays, et qui ne sont, à vrai dire, je crois, que des atteintes de cholérine ou de *choléra nostras*, très-semblables à celles que l'on observe en Europe. Cette cholérine est appelée *diank* par les naturels du pays, qui en sont souvent atteints et pour lesquels elle constitue une maladie réellement grave, tandis qu'elle est généralement bénigne chez les Européens qui ont conservé une certaine force de résistance vitale.

On a dit que le diank atteint surtout les nouveaux arrivés dans le pays, mais la chose est très-inexacte, car j'ai vu nombre d'individus qui habitaient le Sénégal depuis longues années en être atteints d'une manière plus ou moins sévère, et, en particulier, je citerai le cas d'un Européen qui habitait la colonie depuis vingt ans, et qui a succombé pendant l'hivernage de 1873 très-rapidement aux coups de cette affection. D'ailleurs, ce que je viens de dire de la gravité du diank chez les nègres fait penser que tout le monde est susceptible d'être atteint par la maladie dans la Sénégambie.

On observe le diank un peu à toutes les époques de l'année, mais cependant l'hivernage et l'arrière-saison sont les moments où il se montre le plus souvent, et j'ai trouvé la répartition suivante en réunissant les diverses observations venues à ma connaissance et en les rapportant au dénominateur de 100.

Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
48	»	»	12	48	84	96	120	72	96	72	552

Ce groupement des chiffres est assez intéressant, car on voit la maladie, nulle en février et en mars, se montrer avec une excessive rareté en avril et s'accroissant de fréquence jusqu'au mois de juillet. A ce moment et pendant tout l'hivernage elle est assez fréquente, puisqu'elle reste pour tous les mois dans les chiffres voisins de la normale ; mais en décembre il y a une poussée excessive, puisqu'on observe dans ce mois seul la moitié des cas de l'année.

Cette disposition des chiffres du diank nous donne, il me semble, l'explication assez claire de son étiologie ; et d'abord je dirai qu'elle donne raison en grande partie à ceux qui disent que c'est une affection des nouveaux arrivés. En effet, c'est vers la fin de novembre et au mois de décembre que les remplacements de troupe se font le plus souvent. Les individus partis d'Europe, alors que la température y était déjà froide, trouvent une chaleur qui ressemble à celle de l'été du pays qu'ils viennent de quitter, et, passant ainsi brusquement du froid au chaud, sont plus exposés à des refroidissements subits et passagers, qui se portent sur l'intestin de préférence.

Mais l'élévation des chiffres de l'hivernage montre aussi très-péremptoirement que les nouveaux arrivés ne sont pas les seuls atteints; et je suis porté à admettre que la maladie se recrute dans deux catégories d'individus : A. les nouveaux arrivés au mois de décembre par le mécanisme du refroidissement subit et passager ou de l'ingestion exagérée des liquides aqueux; B. les acclimatés, c'est-à-dire les anémiés, par le même mécanisme pendant le cours de l'hivernage.

D'ailleurs, si nous recherchons, par le dépouillement des feuilles de clinique, quelles sont les causes les plus fréquentes du diank, nous voyons que c'est un refroidissement subit, une exposition à un courant d'air pendant l'hivernage, un bain frais pris pendant la transpiration, l'ingestion d'une boisson fraîche ou glacée, une indigestion d'eau avalée en trop grande quantité, etc., etc., toutes causes assez similaires ; il tombe sous le sens qu'alors, suivant que l'organisme est fort ou faible, l'affection est légère, grave ou très-grave.

L'apparition brusque des symptômes a fait souvent croire à un empoisonnement, et on a attribué le diank à l'ingestion soit de poissons toxiques, soit de coquillages ou de crustacés; mais je crois qu'il n'y a eu dans ces cas qu'une pure coïncidence. J'ai vu un assez grand nombre d'atteintes de diank, elles m'ont paru devoir être exclusivement attribuées au refroidissement, même alors que les sujets m'ont signalé telle ou telle substance qu'ils avaient mangée fortuitement la veille comme cause de leur maladie.

C'est surtout pendant la nuit que débute le diank, entre minuit et quatre heures du matin; et d'ailleurs, comme c'est au commencement une pure indigestion, on comprend que c'est à cette heure, c'est-à-dire six à huit heures après le repas, que l'intestin et l'estomac se révoltent et traduisent leur impuissance digestive par des phénomènes pathologiques.

Le sujet éprouve un malaise inusité; il a des frissons, des horripi-

lations; s'il dormait, il s'éveille sous le coup de mauvais rêves, et il est fréquent qu'il signale au médecin un affreux cauchemar comme point de départ de l'indisposition; des coliques d'abord sourdes, puis plus vives, se déclarent et prennent bientôt une fâcheuse intensité; le besoin d'aller à la garde-robe devient pressant, et, après l'expulsion de matières moulées, si le gros intestin renfermait des fecès préparées déjà, ce sont les évacuations de la diarrhée que l'on observe.

En un mot, tous les phénomènes de l'indigestion se manifestent au moment qui nous occupe; c'est pour cela que les coliques qui accompagnent les premières évacuations jettent le sujet dans un état nauséeux qui va bientôt jusqu'au vomissement.

Les matières rejetées par l'estomac sont d'abord des aliments si le dernier repas ne remonte pas bien loin; puis ce sont des mucosités plus ou moins chargées de bile, et enfin de la bile étendue d'eau en quantité assez grande.

Les selles, après avoir été franchement diarrhéiques, deviennent jaunâtres comme des œufs brouillés très-liquides ou de la crême tournée; puis elles finissent par prendre l'aspect rhyziforme de la cholérine ordinaire. La quantité de matières évacuées par l'intestin est parfois considérable. J'ai vu chez M. G..., dont j'ai parlé tantôt, et qui succomba au diank dans l'hivernage de 1873, plus de dix litres de liquide être produits en moins de vingt-quatre heures.

Le besoin de défécation est si pressant et si instantané qu'il n'est pas rare que le malade souille son lit de ce liquide aqueux, inodore, et en tout semblable aux déjections de la cholérine qui dure depuis un certain temps.

On comprend facilement que, sous une pareille influence, les forces soient rapidement brisées; et c'est une analogie de plus, sinon la similitude de ce qui s'observe dans la cholérine de nos pays. La face se grippe, les yeux s'entourent d'un cercle bistré, le nez s'effile. L'hématose se faisant plus difficilement, le teint devient comme plombé, le nez et les extrémités digitales se cyanosent. En même temps, des crampes se manifestent aux mollets et aux cuisses, absolument comme dans le choléra nostras.

La langue, qui est blanchâtre, large au début, devient bientôt froide. Lorsque la maladie a une issue favorable et dure peu, elle revient graduellement à l'état normal, sans présenter aucune modification bien notable; mais lorsque le diank a duré pendant quelques jours avec une certaine gravité, la langue présente un aspect qui a paru à quelques-uns caractéristique. En effet, elle devient rouge, sèche, lisse comme si le gazon épithélial avait disparu ou si elle

était pour ainsi dire vernissée, absolument comme on le voit dans la diarrhée chronique de Cochinchine après trois ou quatre mois de maladie.

La température de la peau ne s'élève pas dans le diank; au contraire, elle s'abaisse souvent un peu. Les crises de douleurs couvrent souvent le tégument d'une poussée de sueur, qui est froide et désagréable à percevoir. Le malade éprouve une agitation et un sentiment de chaleur qui, avec les crampes, l'obligent à changer de place à chaque instant dans son lit et à rejeter au loin les couvertures, ce qui augmente la tendance au refroidissement.

Pendant cet orage, le pouls est petit, sans fréquence, se laisse déprimer facilement. Si la maladie est légère et se termine vite, il se relève bientôt, tandis, au contraire, qu'il est filiforme et qu'il tend même à disparaître des extrémités si la maladie a plus de rigueur et de durée.

L'intelligence reste intacte; le malade se rend d'abord compte de la gravité de son mal ou plutôt est préoccupé par les violentes douleurs abdominales qu'il ressent; mais si l'état s'aggrave, l'intelligence devient paresseuse et semble partager l'état de prostration générale de l'individu; une sorte de quiétude indifférente fait place à l'agitation, et le sujet semble vaincu et résigné.

Le pronostic du diank n'est généralement pas fâcheux, à moins que le malade ne soit très-affaibli. On peut dire que la guérison est la règle, la mort est l'exception. Cependant il ne faudrait pas dire, comme quelques personnes du Sénégal, qu'elle n'a jamais été observée; en effet, j'en ai constaté deux dans l'espace de trente mois, et, rien qu'en feuilletant le registre des autopsies de 1850 à 1870, à Saint-Louis, j'en ai trouvé quatre ou cinq autres. Il ne se passe pas d'année, je crois, sans qu'on ne puisse en observer quelqu'un, soit dans la garnison, soit dans la population européenne, soit surtout chez les noirs de Saint-Louis ou de Gorée.

Voici une observation dans laquelle la mort est survenue; elle va nous montrer les divers symptômes de la maladie, et, comme l'autopsie a été faite, on peut dire qu'elle est complète :

Observation LX.

Diank survenant chez un sujet anémique. — Mort. — Autopsie.

Desperrins, canonnier, âgé de 20 ans, au Sénégal depuis cinq mois, a fait un précédent séjour de quinze mois en Cochinchine, d'où il a été renvoyé en convalescence pour diarrhée; est porté à l'hôpital de Saint-Louis en août 1873, ayant eu une syncope et se plaignant de palpitations de cœur.

Il reste jusqu'au 15 septembre à l'hôpital de Saint-Louis, présentant seulement les phénomènes de l'anémie. Il est évacué à cette époque sur Gorée, où il arrive le 17.

A son arrivée dans l'hôpital de l'île, il est si faible qu'il peut à peine marcher. On ne constate cependant aucune lésion organique appréciable. Pâleur du tégument; à certains moments, le sujet est pris d'œdème, soit à un bras, soit à une jambe; quelquefois, il a un peu de tympanite passagère; il accuse des palpitations; on ne perçoit que le souffle anémique au premier temps. — Traitement, jusqu'au 25 septembre : Tilleul; 200 gr. de décoction de quinquina; solution arsénicale ; parfois, un peu de digitale.

Le 25 septembre. Le malade dit avoir passé une mauvaise nuit, avoir été très-oppressé.

Le 29. Mêmes phénomènes : palpitations; battements du cœur tumultueux; l'anémie est extrême. A 9 heures du soir, vomissements; trois selles diarrhéiques. — Potion éthérée.

Le 30. Amélioration ; pas de selle. — Même prescription.

Le 7 octobre. L'anémie fait des progrès; le malade accuse du malaise, des étouffements. L'examen ne révèle rien de spécial. — Continuation du quinquina et de la potion éthérée.

Le 9, vers onze heures du soir. Selles très-copieuses; coliques; soif inextinguible, vomissant à la moindre injection de liquide; crampes; refroidissement; cyanose des extrémités. — Thé au rhum ; potion laudanisée à 1,50; sinapismes; sulf. quin., 3 gr.; ent., six prises de demi en demi-heure.

Le 11. La réaction s'est faite, mais il y a eu encore cinq selles diarrhéiques en 24 h.; la langue est lisse, sèche, comme desquammée ; coliques; ballonnement; sécheresse de la peau. — Potion avec 8 gr. acétate d'ammoniaque; 2 gr. sulf. quin.; thé, dans la journée; lavements vineux pour soutenir le sujet.

Le 12. Quatre selles depuis la veille.— Potion laudanisée ; 2 gr. sulfate de quinine; lavements vineux. A 3 heures, une selle; bientôt après, algidité jusqu'à la nuit; puis, la réaction semble se faire.

Le 13. La journée est assez bonne, mais le malade est profondément anémié, comme prostré. A 8 heures du soir, algidité passagère; douleurs dans les yeux sans aucune lésion matérielle ; tendance à l'hébétude.

Le 14. Même état. —4 gr. extrait de quinquina; 2 gr. sulf. quin ; potion avec 10 gouttes de teinture de musc. Le malade s'affaiblit; délire raisonné et état de subdélire par moments.

Le 15. Le délire continue. Agitation ; deux selles liquides en 24 heures. On essaye, par tous les moyens, de relever les forces de l'individu, qui est très-profondément affaibli.

Le 16. On n'obtient aucune amélioration. La journée se passe dans le même état; affaiblissement. Mort le 17 à 2 heures du matin.

Autopsie faite 6 heures après la mort.

Aspect extérieur. Rigidité cadavérique ; les extrémités sont contractées

violemment; les pieds déjetés de leur position normale; pas de cyanose; émaciation complète; petite stature; très-peu de rougeur hypostatique; le ventre très-balloné.

Poumons. Poumons crépitants avec hyposthase postérieure; poumon gauche, à la partie inférieure postérieure, plaques ecchymotiques, avec transsudation du sang de la largeur d'une pièce de cinq francs; mais, l'incision faite à ce niveau, fait reconnaître une partie du poumon un peu moins crépitante, un peu gorgée de sang.

Cœur. Volume normal. Cœur gauche, épaisseur des parois normale; pas de lésion valvulaire; il en en est de même du cœur droit. Le péricarde contenait une assez grande quantité de sérosités.

Foie. Ne présente aucune altération notable, pèse 1,650 gr. Vésicule biliaire contient un liquide jaune-vert peu abondant.

Reins. Etat normal; droit, 140 gr.; gauche, 160 gr.

Rate. La rate pèse 220 gr.; petite, très-consistante; tissu résistant à la section; consistance hépatique; couleur normale, ardoisée extérieurement.

Intestins. A la fin de l'intestin grêle, plaques de Peyer; à l'état normal, de loin en loin, plaques ovales plus ou moins grandes, qui sont le siége d'un peu de congestion, et qui sont analogues à celles qu'on a appelées les taches de Rœderer dans le typhus

Crâne. Le crâne n'a pas été ouvert.

Tous les symptômes que je viens d'énumérer portent la pensée vers la cholérine ou le choléra nostras, on le voit. Pour ma part, je dirai que je n'y saisis aucune différence, d'autant que l'étiologie, les symptômes et le traitement efficace m'ont paru être exactement les mêmes dans les deux cas.

En général, la maladie conserve ces allures d'orage, qui survient rapidement, atteint son apogée en peu d'instants et disparaît en peu de temps. Mais cependant elle a paru être intermittente dans certains cas; il faut alors se tenir en garde contre le paludisme et avoir à la pensée l'accès pernicieux cholériforme qui lui ressemble beaucoup, sans cependant compter que la quinine pourra conjurer les accidents.

Lorsque la maladie s'aggrave, l'algidité fait des progrès. Quelques fois un hoquet plus ou moins persistant se manifeste, et le malade tombe dans un état de lypothymie qui se termine par une syncope mortelle. Mais ce sont là des phénomènes de détail et qu'il suffit de signaler en passant, dans le moment actuel où nous devons nous occuper le plus tôt possible du traitement, pour ne pas donner une trop grande étendue à notre étude.

Les indications thérapeutiques du diank sont, on le comprend, celles de la cholérine, avec laquelle je le confonds, et par conséquent tous les moyens préconisés contre cette cholérine sont de

mise ici : On réchauffe le malade *intus* et *extra* de toutes les manières ; ainsi une boisson aromatique, prise aussi chaude que possible et par très-petites gorgées, pour ne pas solliciter le vomissement; du thé au rhum, du vin chaud alcoolisé, sont de bons moyens ; mais, je le répète, à une haute température et par très-petites gorgées.

Une potion dans laquelle il y a vingt gouttes de laudanum, quatre grammes d'éther et cent grammes d'eau sucrée, fait généralement très-bien. Je me suis borné quelquefois à faire avaler des perles d'éther, en même temps que quelques très-faibles gorgées d'infusion chargée de thé dans les cas où la tendance au vomissement était marquée et menaçait d'empêcher une thérapeutique active.

Les frictions sèches ou alcooliques sur les membres et la colonne vertébrale sont de bons moyens pour ramener la chaleur à la périphérie, indice de la cessation de cet orage cholériforme. Ces frictions aident puissamment l'action de la médication intérieure.

En général, la maladie ne dure que quelques heures. Un ou deux jours de fatigue lui succèdent, et après ce temps la santé est bien revenue ; de telle sorte que le sujet n'a plus que le souvenir de l'atteinte qu'il a subie d'une manière aussi violente qu'instantanée et éphémère.

Toutes les races sont sujettes au diank et je crois que les noirs le présentent plus fréquemment et d'une manière plus grave que les Européens. Ce diank est pour moi, je le répète, une atteinte de cholérine ou de choléra nostras, et c'est à tort qu'on voudrait en faire une affection spéciale et différente.

Fièvre typhoïde.

On observe quelquefois, à ce moment, des fièvres typhoïdes dans les hôpitaux du Sénégal, et on peut se demander quelle est la raison de cette coïncidence. Je suis porté à croire que la saison ne joue qu'un rôle très-secondaire. Le mois de décembre étant généralement le moment où la garnison est relevée, c'est le moment où les jeunes soldats arrivent d'Europe et la fièvre typhoïde est apportée par eux. Je me suis étendu suffisamment sur le compte de cette fièvre typhoïde précédemment, pour pouvoir ne pas insister actuellement.

Mortalité.

La mortalité est très-sensiblement la même que le mois précédent ; elle est très-élevée relativement, et pendant le mois prochain elle sera chargée encore de nombre de cas ; c'est qu'en effet il y a dans ce moment et depuis la fin de l'hivernage, dans les hôpitaux

du Sénégal, un certain nombre d'individus qui sont fatalement condamnés à succomber, trop profondément atteints qu'ils sont par la dysentérie et l'hépatite. Tant que ces malheureux ne sont pas morts, on voit des affections graves dans les salles, le chiffre des malades reste élevé. Au contraire, à mesure que ces vieilles et graves affections abdominales qui datent de l'hivernage précédent disparaissent, on voit la population de l'hôpital s'éclaircir très-heureusement, et les affections n'avoir plus qu'une gravité fort légère.

Il faut que le médecin soit bien convaincu de cela, afin qu'il insiste, comme l'ont fait nos prédécesseurs, et comme je l'ai fait moi-même, pour qu'on évacue sur la France, à la fin de l'hivernage, nombre d'individus qui sont condamnés à mort irrévocablement si on les conserve au Sénégal au début de la saison froide. J'ai été si convaincu, par le fait d'une longue pratique dans le pays, du danger que courent, au mois de décembre et de janvier, ceux qui ont été atteints sérieusement en octobre et novembre, que je n'ai pas hésité, pendant l'hivernage de 1873, à être très-facile pour les congés de convalescence.

Il en est résulté peut-être une augmentation temporaire de dépenses pour l'État. Mais comme assurément il y a eu beaucoup moins de morts et de longues incapacités de service ; grâce à cette manière de faire, je suis persuadé qu'en définitive le budget y a gagné.

CONCLUSIONS POUR LE MOIS DE DÉCEMBRE.

La saison fraîche est bien établie en décembre ; donc il y a grande amélioration au point de vue de la température ; au lieu d'une chaleur pénible, on éprouve une fraîcheur très-agréable et qui n'a rien d'excessif.

Les foyers morbigènes diminuent très-notablement d'étendue et d'activité, de sorte que celui qui se porte bien à ce moment-là entre dans une phase agréable en même temps que saine. Il n'a plus à craindre, jusqu'au mois de juillet suivant, l'influence pernicieuse du climat sénégambien, pour peu qu'il soit prudent et qu'il ne s'expose pas trop directement aux rayons du soleil.

Ceux qui n'ont été atteints que légèrement par la fin de l'hivernage se relèvent vite et bien sous l'influence de l'air vivifiant et frais que l'on respire désormais. Mais ceux qui ont été attaqués dans leurs forces vives et particulièrement ceux qui ont une dysentérie ou une hépatite, n'ont rien à espérer de l'amélioration de la saison. Il leur faut le retour en France et le retour à une échéance très-prochaine, sinon la léthalité du climat aura rapidement raison de leur existence.

Un excès de soins, des précautions incessantes peuvent bien permettre la guérison tant qu'on n'est pas au dernier degré de gravité de l'atteinte, mais c'est là l'exception, et comme pour un qui se relèvera cent succomberont, le médecin a le devoir de demander pour tous le retour dans le pays natal.

MOIS DE JANVIER.

Le nombre des malades reste élevé quoiqu'on sente une amélioration évidente dans l'état pathologique, et c'est qu'en effet la température est devenue assez clémente pour qu'on puisse espérer que prochainement la santé publique sera favorable chez les Européens.

MÉTÉOROLOGIE.

La température du bas Sénégal est très-supportable, on peut dire même fraîche; c'est au point que le plus souvent, matin et soir, un pardessus léger est pris avec plaisir et qu'il faut faire usage d'un pantalon de drap assez chaud. Les nuits sont réellement froides et permettent, nécessitent même l'usage d'une couverture de laine.

Il y a bien quelques séries de vent d'est qui sont pénibles à supporter, mais elles ne présentent pas les ennuis de l'hivernage, car en prenant quelques précautions on peut assez bien se soustraire à la partie la plus pénible de son impression, et d'ailleurs ce vent d'est n'a pas la continuité et la régularité des chaleurs de l'hivernage.

Dans le haut Sénégal, quoiqu'il fasse assez froid pendant l'activité du vent du nord, les séries de vent d'est sont assez rapprochées et assez longues pour faire monter la moyenne de la température d'une manière fort désagréable pour les blancs.

Dans les rivières du Sud, les vents de nord et d'est étant moins intenses pour les raisons que nous avons données, la température a de moins fortes oscillations.

La moyenne de la température pour dix années m'a donné les chiffres suivants :

Saint-Louis, 6h m., 17°.5; 10h m., 22°.8; 1h s., 24°.8; 4h s., 22°.4; 10h s., 19°.7.

Gorée, 6h m., 18°.8; 10h m., 21°.1; 1h s., 22°.4; 4h s., 22°.1; 10h s., 19°.2.

Voici les chiffres donnés par le Dr Borius pour la moyenne du mois (p. 305) :

Saint-Louis.	Gorée.	Mbidjem.	Thiès.	Dagana.	Podor.
20.2	20.3	21.8	23.1	21.4	24.9

Bakel.	Médine.	Sédhiou.
24.7	25.3	22.0

Les séries de vent d'est ont pour résultat de produire une grande différence de température entre le jour et la nuit; il n'est pas rare de constater 12 et 15 degrés d'écart; aussi comprend-on que souvent des phlegmasies aiguës soient le résultat d'aussi brusques transitions.

C'est en général dans les premiers jours du mois que l'eau du Sénégal cesse d'être douce devant Saint-Louis; elle devient de plus en plus saumâtre; le courant diminue, devient nul à certains moments, qui correspondent avec la fin du flot et la pleine mer. Quelques jours après, le flot de l'océan produit un courant d'aval en amont dans les environs de Saint-Louis, et bientôt la marée se fait sentir de proche en proche jusqu'au dessus de Podor, au point appelé Saldé.

Sous la double influence de l'abaissement du niveau du fleuve et des séries de vent d'est brûlant et extraordinairement sec, les marigots se dessèchent rapidement, émettant de moins en moins d'effluves délétères.

MALADIES DE JANVIER.

Les maladies vont, avons-nous dit, en diminuant et comme nombre et comme gravité; cependant c'est surtout, il ne faut pas l'oublier, les évacuations sur l'Europe et les morts qui font baisser le chiffre de l'effectif des hôpitaux, car ceux qui ont été atteints avec une certaine sévérité à la fin de l'hivernage ne se relèvent pas facilement. Les sujets atteints de flux de ventre ou d'hépatite sont surtout ceux qui ne guérissent pas et qui sont dans l'alternative à courte échéance du rapatriement ou de la mort. Je renvoie comme de coutume au tableau des diverses proportions de malades et de morts dans le mois qui nous occupe.

L'amélioration est notable dans les hôpitaux de Saint-Louis et de Gorée, où nous avons 81 et 94 au lieu de 99 et 118; elle est marquée aussi dans le bas Sénégal où nous avons 84 au lieu de 106, et elle s'accentuera davantage à mesure que la saison fraîche avancera (col. de 1 à 6).

A Saint-Louis, c'est surtout la diminution de fréquence de la dysentérie, de l'hépatite, de l'anémie et du tœnia, qui constitue l'amélioration, car nous avions, en décembre, les totaux partiels 74, 158, 101, 145, 106, et nous avons actuellement 69, 104, 81, 67, 80 (col. 1).

A Gorée et au Cayor, c'est la diminution des maladies paludiques qui est la cause de l'amélioration.

Dans le bas Sénégal, c'est surtout la diminution d'intensité et de fréquence des affections paludiques qui rend l'époque actuelle plus favorable, et qui affirmera la bénignité de la saison. Dans le mois suivant, les chiffres des diverses catégories de maladies paludiques, climatériques, autres, etc., etc., vont nous le montrer (col. 3) :

Décembre,	102,	118,	108,	112,	101.
Janvier,	77,	99,	82,	86,	82.
Février,	69,	80,	68,	64,	67.

En revanche, les maladies sporadiques saisonnières, c'est-à-dire en relation avec le refroidissement de l'atmosphère, augmentent dans le présent mois de 108 à 145.

Dans le haut Sénégal, l'amélioration est insensible, si elle existe, et la preuve, c'est que le chiffre total, qui était en décembre de 121, est pour janvier de 124 et sera encore de 107 au mois de février. D'ailleurs les chiffres des diverses catégories de maladies pour les trois mois va nous donner la mesure de la situation (col. 4) :

Décembre,	119,	140,	122,	120,	122.
Janvier,	126,	125,	126,	93,	125.
Février,	110,	89,	107,	26,	105.

Comme je le disais précédemment, le paludisme se fait sentir plus tard dans le haut Sénégal ; son influence y dure environ un mois de plus, et ce n'est qu'en février que l'amélioration sera bien évidente.

Dans les rivières du sud, l'amélioration, quoique moins marquée que dans le bas Sénégal, est néanmoins plus faiblement accentuée, ainsi que nous allons le voir (col. 6) :

Décembre,	110,	124,	112,	47,	110.
Janvier,	100,	91,	103,	117,	104.
Février,	86,	121,	86,	70,	86.

C'est que, dans ces pays, la crue des fleuves met plus de temps à s'épuiser et que, jusqu'à l'apparition des vents d'est qui assèchent les marigots, le paludisme prédomine. Nous avons, dans la propor-

tion 124, 91, 121, des maladies dites climatériques de décembre, janvier, février, la mesure de l'influence soit de l'hivernage, soit des vents d'est sur la dysentérie et surtout l'hépatite; en effet, en décembre les dernières chaleurs ont maintenu les maladies à un point élevé; les fraîcheurs de janvier les font sensiblement descendre, mais le vent d'est de février les fait très-notablement remonter.

Au point de vue de la gravité, les maladies sont dans une voie d'amélioration incontestable, car nous avions 143 de mortalité en décembre, le chiffre normal étant 100; nous avons 93 en janvier et nous aurons 69 en février.

Fièvre.

La fièvre intermittente est encore assez fréquente, mais nous avons besoin d'entrer à ce sujet dans quelques explications : si on examine avec un peu d'attention les fébricitants qui entrent à l'hôpital dans ce moment, on constate que ce sont des rechutes survenant chez des anémiques qui ont déjà été atteints antérieurement assez fréquemment de paludisme.

Nous avons vu précédemment que l'insolation détermine souvent la fièvre au début et pendant l'hivernage. Dans le moment présent, c'est le plus souvent le refroidissement qui produit les mêmes résultats.

La fièvre du mois de janvier, comme d'ailleurs les accès de la saison froide en général, est facilement coupée par la quinine, mais elle se reproduit avec une désespérante facilité.

Insolation.

Bien que la température soit fraîche dans le moment présent, il n'est pas rare d'observer des cas d'insolation, chose qui paraît assez extraordinaire de prime abord.

Il y a parfois des cas isolés de colique, mais c'est plus à l'intoxication saturnine qu'à une autre cause qu'il faut les rapporter.

Dysentérie.

La dysentérie continue à être grave et à constituer la maladie la plus fréquente comme celle qui occasionne la plus grande mortalité; elle atteint surtout les anémiques dans le moment présent. Les sujets émaciés par des atteintes antérieures de paludisme sont souvent frappés par la dysentérie sous l'influence d'un refroidissement. Cependant, vers la fin du mois, on voit les flux de ventre diminuer de gravité et de fréquence en général, et signaler l'arrivée

d'une période un peu plus favorable pour les malheureux atteints de dysentérie.

Les nouveaux arrivés dans la colonie sont quelquefois atteints de diarrhée et même de dysentérie au mois de janvier, et le mécanisme de leur atteinte est facile à comprendre : le refroidissement est assez facile à se produire chez les nouveaux venus qui, trouvant une température agréable peu de jours après avoir quitté l'Europe où il fait très-froid dans ce moment, sont trop disposés à s'alléger.

Le flux de ventre de ces nouveaux arrivés a besoin d'être soigné avec attention et arrêté de bonne heure si on ne veut pas lui voir prendre une gravité des plus fâcheuses, tant pour le présent que pour l'avenir.

La preuve que la dysentérie du moment qui nous occupe, et d'ailleurs de toute la saison fraîche, est due à une influence climatérique, c'est qu'elle marche parallèlement aux affections catarrhales.

Plusieurs médecins, et particulièrement les médecins militaires du commencement de notre occupation en Algérie, M. Haspel, par exemple, ont pensé que la fièvre paludéenne, la dysentérie et l'hépatite avaient une cause générale identique, la malaria. On est heureusement, à mon avis, revenu de cette opinion, dont l'inexactitude peut être démontrée entre mille raisons par les deux suivantes : A. la quinine, qui guérit la fièvre paludéenne, est sans action sur la dysentérie et l'hépatite; B. dans maints pays où la dysentérie et l'hépatite sont fréquemment observées, on ne trouve pas d'influence malarienne.

Ajoutons à ce que nous avons dit pour la dysentérie que, pendant les mois de novembre et de décembre, on voit, d'une manière extrêmement manifeste, l'influence climatérique sur les maladies et particulièrement sur la dysentérie : il m'est arrivé grand nombre de fois de trouver le matin en passant la visite tous les malades sensiblement plus fatigués que la veille. Chez les dysentériques les selles étaient sanguinolentes et du plus mauvais caractère, les accidents généraux plus graves. Tous les fébricitants avaient eu un accès ou en éprouvaient les prodromes; bref, une influence morbide très-appréciable semblait planer sur l'hôpital.

La cause de ce phénomène était facile à saisir. Je n'avais qu'à jeter les yeux, si je ne l'avais fait déjà, du côté de la mer; j'y voyais bientôt que les brisants de la plage étaient très-enflés sous l'influence d'un vent de N.-E. très-froid et d'une assez grande intensité.

AUTRES MALADIES ENDÉMIQUES.

A part la fièvre bilieuse mélanurique, la dysentérie et l'hépatite, qui présentent encore une fréquence fâcheuse au mois de janvier, les affections endémiques, celles de nature paludique surtout, ont diminué déjà d'une manière sensible et sont au-dessous du chiffre normal.

Il est incontestable que l'année arrive à sa période saine, et dès que la poussée des affections sporadiques saisonnières, c'est-à-dire directement liées à l'abaissement de la température, aura pris fin, nous verrons les chiffres présenter une faiblesse très-heureuse.

MALADIES SPORADIQUES.

Les maladies sporadiques dites *saisonnières*, c'est-à-dire celles qui sont en relation directe avec les perturbations atmosphériques que l'on observe pendant les mois froids, sont en grand nombre en ce moment. Aussi est-il naturel que nous nous en occupions d'une manière spéciale. Seulement, comme les affections s'observent sous d'autres latitudes comme au Sénégal, et mieux même qu'au Sénégal, le lecteur me permettra d'être d'une extrême brièveté à leur égard.

Les affections des organes respiratoires sont fréquentes dans le moment qui nous occupe, et nous allons dire un mot d'elles en particulier.

Bronchite, pneumonie et phthisie.

Les affections des organes respiratoires présentent une fréquence et une régularité telles en Sénégambie, qu'on pourrait les ranger parmi les maladies endémiques. Je les aurais placées parmi elles si je n'avais écouté que mon impression personnelle, car il est ressorti de ma pratique des pays chauds qu'elles sont si intimement liées que c'est à tort qu'on les séparerait dans quelques circonstances.

Mais une pareille classification constituerait une innovation trop grande. Pour le moment, la question a besoin d'être étudiée davantage, de devenir plus familière aux médecins pour pouvoir passer dans le domaine des choses indiscutées. Aussi ai-je pensé qu'il était plus prudent, dans ce travail qui n'a aucune prétention à établir de nouvelles doctrines, de conserver ces affections des organes respiratoires parmi les maladies sporadiques. Seulement, les réunissant au rhumatisme, j'en ai fait une classe appelée *maladies sporadiques saisonnières*, et qui est bien un peu la transition entre les maladies

acceptées jusqu'ici comme endémiques et les maladies sporadiques à proprement parler.

Je vais étudier ici les trois groupes d'affections respiratoires désignées dans notre tableau sous les noms : A. de bronchite ; B. de pneumonie et pleurésie ; C. de phthisie pulmonaire. Je ne saurais les séparer sans inconvénients et sans m'exposer à des répétitions, car si chacune de ces maladies nécessite une description séparée et distincte, il faut néanmoins les réunir pour formuler quelques idées d'ensemble qu'il est nécessaire d'émettre lorsqu'on étudie la pathologie du Sénégal.

Ces maladies, ainsi que leur nom l'indique, sont liées intimement à la saison, et, en effet, il suffit de partager, par exemple, l'année en deux portions, la saison chaude et la saison fraîche, pour trouver que les cas de ces maladies observées pendant la première partie sont infiniment plus fréquentes que les cas observés pendant la seconde ; et, d'ailleurs, il suffit d'avoir suivi une salle d'hôpital pendant trois mois pour avoir acquis la conviction que les changements de température influencent considérablement ces affections au point de vue de la fréquence et qu'on voit le chiffre des entrées être d'une manière générale en relation très-rigoureuse avec les refroidissements de l'atmosphère.

Mais toute la question d'étiologie n'est pas là, et on doit admettre aussi, comme bien démontré aujourd'hui, que l'impaludation, c'est-à-dire l'anémie paludéenne, prédispose et même plus provoque certaines affections des organes respiratoires, tant aiguës que chroniques, qui paraissent de prime abord n'avoir aucune relation avec elle ; de sorte qu'il est utile dans l'étude des affections de la respiration que l'on observe au Sénégal, de tenir compte des deux facteurs : A. variations de température ; B. impaludation, si on veut se faire une idée suffisamment complète de la question.

Ceux qui veulent faire montre d'une érudition facile peuvent soutenir qu'Hippocrate avait déjà signalé la relation qu'il y a entre le paludisme et les affections aiguës des organes respiratoires, car il dit, dans son chapitre des airs, des eaux et des lieux, que, dans les pays où les eaux sont dormantes et stagnantes, les jeunes gens sont atteints de péripneumonie pendant l'hiver. Nous n'en sommes pas là ; mais on nous accordera, en revanche, que, depuis longtemps, cette relation entre l'impaludation et les affections respiratoires est sinon formulée avec grand détail, au moins admise dans son essence.

La congestion pulmonaire, observée si généralement dans les autopsies d'accès pernicieux, a fait penser déjà aux médecins du siècle

dernier que l'impaludation paraissait prédisposer aux maladies chroniques des poumons, de même que la faiblesse que présente l'individu impaludé en fait une victime désignée pour les diverses affections aiguës du système respiratoire.

Broussais, dans son histoire des phlegmasies chroniques, a signalé dans ce siècle cette coïncidence des affections de la respiration dans l'impaludation, et, faisant observer que très-souvent, au moment du premier stade de froid dans l'accès ordinaire, le sujet éprouve une petite toux sèche et répétée, il dit qu'il a pensé *a priori* qu'il fallait une poitrine bien solide pour résister à la longue à de pareilles fatigues de l'organe, et qu'il a observé, en effet, par une longue pratique, que les fébricitants s'enrhument facilement pendant l'hiver.

Cette observation d'Hippocrate, de bien d'autres dans les siècles précédents, de Broussais dans le nôtre, mise à profit par nombre de médecins qui n'ont pas cité leur auteur, a fait son chemin, au point que plusieurs revendiquent l'honneur d'avoir découvert cette liaison des affections soit aiguës, soit chroniques du poumon avec l'impaludation, alors qu'ils ne pourraient tout au plus se flatter d'avoir copié sans le dire.

En revanche, disons, pour rendre une justice qui est bien due, que M. Charcot (*Gaz. hebd.*, 19 septembre 1856), et M. Lancereaux (*Atlas d'anatom. pathol.*, 1871), ont fait réellement avancer la question d'un grand pas.

Donc, on nous accordera que la question est bien posée aujourd'hui et résolue dans le sens de l'affirmative : l'impaludation produit, dans un certain nombre de cas, des affections aiguës ou chroniques de l'appareil respiratoire. Parmi ces affections, la bronchite, la pneumonie, la phthisie pulmonaire vont nous occuper un instant; mais on comprend que l'emphysème pulmonaire, la dilatation bronchique, l'asthme même pourraient, dans maintes circonstances, être rattachés à la même étiologie.

Entrons dans quelques détails au sujet de la bronchite, de la pneumonie et de la phthisie pour étudier le mécanisme en vertu duquel ces affections peuvent se présenter.

Quand on pratique au Sénégal, on s'aperçoit bientôt que, parmi les bronchites que l'on soigne, il y en a qui ont une marche régulière et continue, sont bien manifestement le résultat d'une phlegmasie simple du poumon, due à une impression de froid, tandis que d'autres présentent des paroxismes réguliers et rhythmiques assez extraordinaires à première vue. Or, il est naturel de penser que ces derniers sont sous l'influence du génie paludéen, et, soit

que dans ce cas l'impaludation occupe le premier ou le second rang sous le rapport de l'importance, toujours est-il qu'il faut sérieusement en tenir compte.

Comment peut-on concevoir que l'empoisonnement paludéen engendre une bronchite en quelque sorte intermittente? La chose est assez facile : cette tendance à la congestion viscérale, que l'on a signalée dans la production de l'accès de fièvre, rend parfaitement compte de cette excitation à répétition dont le poumon est alors le siége.

Une fois que l'on a admis la possibilité d'une bronchite aiguë d'origine paludéenne, on est entraîné sans difficulté aucune vers la bronchite chronique de même nature, car on n'a aucune répugnance à admettre que la répétition prolongée de ces congestions passagères du poumon peut produire sur l'organe respiratoire les modifications de texture qu'elles produisent sur la rate; et alors, de même que l'individu porte une rate augmentée de volume, épaissie, indurée, on comprend parfaitement qu'il porte des poumons moins perméables à l'air.

Une fois la bronchite chronique, quelque simple qu'elle puisse être, établie, la continuité de l'état morbide, s'unissant, s'additionnant ou se multipliant avec d'autres facteurs, peut arriver à toutes les modifications organiques possibles : l'apparition des tubercules, leur évolution ne sont plus des phénomènes bien difficiles à concevoir.

En y réfléchissant un peu, on comprend que non-seulement il ne doit y avoir aucun antagonisme entre la phthisie et l'impaludation; et, en effet, les remarquables idées formulées par le professeur Bouchardat (*Supplément à l'Annuaire de thérapeut.*, 1861), nous démontrant que la phthisie appartient à ces maladies dites *de misère physiologique*, ne nous portent-elles pas à penser qu'elle peut reconnaître pour cause cette anémie paludéenne qui pourrait être donnée comme type de ladite misère physiologique?

Il y a nombre d'années déjà que la fièvre paludéenne a été accusée de produire la phthisie dans les pays chauds, et, en 1835 déjà, Cowel (*Obs. on pulmonary diseases in India*) a développé cette pensée, qui a été rééditée depuis par nombre de médecins, tant anglais que français.

Nous sommes loin, on le voit, de la théorie de Boudin, qui prétendait qu'il y a un antagonisme évident entre la fièvre paludéenne et la phthisie pulmonaire; mais d'ailleurs je crois qu'aujourd'hui personne ne songe à soutenir cette opinion, pas plus que celle qui veut qu'il n'y ait pas de fièvre typhoïde dans les pays marécageux.

Quant à ce qui est de la pneumonie, la question n'est pas plus difficile à comprendre. En effet, pour la pneumonie chronique, la chose va d'elle-même pour ainsi dire, d'après ce que nous venons de présenter. La pneumonie aiguë est plus réfractaire de prime abord ; mais cependant si la théorisation ne s'y prête pas, les faits sont assez nombreux pour que la plupart des médecins l'aient admis. Et remarquons que, réservant la question de théorisation à savoir : si c'est ou non réellement une véritable pneumonie, nous pouvons l'admettre aussi en nous contentant des phénomènes cliniques appréciables à nos sens. Nous renvoyons, pour cette question, aux remarquables travaux des médecins de l'armée, MM. Colin, Catteloup, Frison et cent autres.

Bronchite.

La bronchite est une maladie qui ne manque pas d'être assez fréquente au Sénégal ; elle entre pour le 3.5 p. 100 des affections qu'on y observe, et la preuve, c'est que nous en comptons dans notre statistique 2,369 cas pour 66,500 malades.

Fournissons quelques chiffres touchant cette affection ; nous fixerons davantage les idées de cette manière.

Voici d'abord les proportions de la bronchite dans les divers pays de la Sénégambie (col. 1 et 2, 7 et 8 pour Saint-Louis et Gorée) :

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
Saint-Louis.	154	139	84	100	77	69	66	86	60	110	124	117	»
	7	7	5	6	5	4	3	2	2	3	4	5	3
Gorée.	154	113	134	100	66	51	71	74	66	94	128	144	»
	5	5	5	5	3	2	3	2	2	2	3	4	3
B.-Sénégal.	146	101	103	115	55	39	51	123	68	133	169	162	»
	5	3	3	3	2	2	1	3	1	2	3	3	2
H.-Sénégal.	180	160	80	30	30	90	30	30	60	120	150	240	»
	2	1	2	1	»	2	1	2	1	2	2	3	1
Cayor.	180	60	120	60	»	»	30	180	120	210	150	90	»
	3	1	3	2	»	»	1	2	1	2	2	1	2
Riv. du Sud.	120	200	120	»	»	80	40	»	100	140	200	200	»
	1	2	1	»	»	1	1	»	1	2	2	1	1

L'inspection de ces divers chiffres nous montre d'une manière positive tout d'abord que la maladie éprouve une grande oscillation en octobre et en mai. En effet, à l'arrivée des premiers froids elle s'élève subitement pour gagner son maximum dès le mois de novembre et décroître à partir de janvier, à mesure que la température devient moins fraîche.

La raison qui fait qu'on s'enrhume facilement au Sénégal se comprend si bien qu'il est inutile de la donner ; en effet il suffit de lire la description du climat de la Sénégambie, de voir que des diffé-

rences très-considérables et très-subites de température sont le résultat d'un changement de direction du vent, pour concevoir que les Européens sont perpétuellement dans cette alternative d'être trop couverts ou trop légèrement vêtus. Les fonctions de la peau, très-surexcitées par l'élévation thermométrique, la sécheresse de l'air, éprouvent une brusque secousse à maintes époques de la journée et plus ou moins souvent, suivant la saison. Voilà une première cause de rhume.

Si nous ajoutons à celle-ci la débilitation des sujets qui rend les ressorts de leur existence moins flexibles et les réactions physiologiques moins faciles; si nous faisons entrer le paludisme pour quelque chose, la question de l'étiologie ne nous semble plus présenter aucune difficulté.

Les phénomènes symptomatiques de la bronchite n'ont pas à nous occuper ici; je renvoie, pour ne pas donner une trop grande extension à mon travail actuel, aux ouvrages classiques que la présente étude ne saurait suppléer.

Quant au traitement, puisqu'il ne diffère pas de celui que l'on a si souvent l'occasion d'employer en France, je n'ai pas non plus besoin d'en parler.

Pneumonie et pleurésie.

La pneumonie et la pleurésie ne manquent pas aussi que d'être fréquentes au Sénégal, bien que nous n'en trouvions que 753 pour un total de 66,500 maladies de toutes sortes. Disons d'abord que comme, dans maintes circonstances, il est à croire que le diagnostic a été inexact, c'est-à-dire qu'on a compté comme bronchites de véritables pneumonies ou pleurésies, nous pouvons penser en chiffres ronds que les affections qui nous occupent entrent pour environ 2 pour 100 des maladies internes de la Sénégambie, ce qui montre que, bien que moins fréquentes qu'en Europe, elles ne s'observent pas moins assez souvent.

TABLEAU *des proportions de pneumonie et pleurésie dans les deux hôpitaux de Saint-Louis et de Gorée* (col. 1 et 2, 7 et 8).

		Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août.	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total	Morts
S.-Louis.	Malades.	89	133	128	225	92	69	92	38	53	74	86	81	»	»
		1	2	3	4	1	4	1	1	1	1	1	1	1	»
	Morts...	138	169	184	138	124	138	»	46	76	126	61	76	»	»
		6	15	»	8	11	17	2	2	2	1	2	3	»	7
Gorée...	Malades.	127	76	147	143	93	51	97	38	59	54	84	148	»	»
		1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	»
	Morts...	123	106	176	141	106	106	106	35	17	130	88	106	»	»
		8	12	»	16	9	10	13	3	1	4	5	6	»	8

Le tableau précédent nous montre que la pneumonie, rare depuis le mois de mai, commence à se montrer un peu plus fréquente en octobre, et dès ce moment prend une extension subite qui a son maximum en janvier pour retomber très-bas dès les premiers jours de mai. Cette marche est telle que nous n'avons pas besoin d'entrer dans de longs développements à ce sujet ; l'influence du refroidissement est bien évidente ici. Remarquons en passant que nombre de cas de pneumonie sont portés sur le billet d'entrée à l'hôpital comme bronchite, et que, pour avoir des chiffres très-approchés de la réalité, il faudrait totaliser ensemble, pour chaque mois, les nombres de la bronchite et de la pneumonie.

Il va sans dire que les acclimatés sont plus exposés à la pneumonie et à la pleurésie que ceux qui sont arrivés depuis peu de temps, et la chose est si facilement explicable que nous nous en tiendrons à cette affirmation. Ajoutons seulement, et comme corroboratif de cette spécification, que les mulâtres et les noirs présentent au Sénégal les bronchites et les pneumonies ou les pleurésies beaucoup plus fréquemment que les Européens.

Phthisie pulmonaire.

La phthisie pulmonaire est une maladie fréquente au Sénégal, plus fréquente même que dans maintes localités, car des causes puissantes existent pour la produire. Je renvoie tout d'abord au remarquable mémoire de M. Rochard pour les détails de la question, qui est présentée avec une hauteur de vue et une lucidité remarquables. On y verra les raisons qui font que la maladie qui nous occupe présente dans ce pays tropical cette fréquence et cette léthalité.

Nous voyons, dans les tableaux que nous avons fournis précédemment (statistique du premier volume), que la phthisie, rare depuis le mois de mai jusqu'en novembre, prend une extension extrême en décembre et surtout en janvier jusqu'en avril. La raison en est facile à donner en nous souvenant que la phthisie est une de ces affections que M. Bouchardat a appelées avec tant d'exactitude maladies de misère physiologique. Car l'organisme, déprimé par l'hivernage précédent, est plus exposé au Sénégal qu'ailleurs peut-être.

Nous venons, il y a un moment, d'entrer dans des détails qui nous permettent de ne pas insister davantage, et si nous ajoutons qu'il est urgent de rapatrier les individus qui commencent à présenter au Sénégal les phénomènes de la phthisie, parce que, s'ils restent dans le pays, la maladie marchera avec une grande rapi-

dité le plus souvent, nous pouvons arrêter là notre étude sur la maladie.

En disant que la phthisie marche rapidement au Sénégal, nous sommes en contradiction absolue avec un de nos prédécesseurs, M. Chassaniol, qui a une grande autorité touchant les maladies du Sénégal, et qui a commencé un travail tendant à prouver que le séjour dans ce pays est moins mauvais qu'on ne l'a dit pour les poitrinaires, par cette opinion bien accentuée : Né de parents tuberculeux, tuberculeux moi-même, j'ai vu l'état de ma poitrine s'améliorer sous l'influence du séjour au Sénégal.

J'ai pour M. Chassaniol la plus respectueuse sympathie, d'abord parce que j'ai entendu dans ma jeunesse mon père, qui était un de ses collègues et un de ses bons amis, en faire l'éloge à maintes reprises comme homme et comme médecin. Ensuite parce qu'ayant été médecin en chef de la colonie du Sénégal après lui, j'ai pu voir, dans les feuilles de clinique et dans les archives de l'hôpital de Saint-Louis, des preuves de son grand savoir en fait de maladies des pays chauds, et en particulier des maladies du Sénégal, de sorte qu'il m'en coûte beaucoup de ne pas partager son opinion sur la question de la phthisie pulmonaire.

Je dirai plus, j'en suis d'autant plus fâché que c'est peut-être le seul point sur lequel je ne sois pas exactement du même avis que mon éminent prédécesseur ; mais cependant, malgré tout mon désir d'accepter son dire en fait de maladies tropicales, je resterai inébranlable dans mon opinion, ayant avec moi l'universalité, je crois, de nos camarades de la génération actuelle des médecins de la marine.

On trouvera assurément très-extraordinaire, après m'avoir entendu avancer que j'ai vu toujours comme M. Chassaniol dans les autres maladies du Sénégal, que je diffère d'opinion sur un point où il a été si affirmatif, et c'est au point que je dois chercher à expliquer cette anomalie : eh bien ! je crois que c'est parce qu'il s'agit de la personne de M. Chassaniol, devenue ici sujet d'observation, que la divergence d'opinion a pu se produire, et je vais m'expliquer.

M. Chassaniol nous dit que ses parents ont été malades de la poitrine ; que lui-même présentait, dans son enfance et dans son adolescence, les phénomènes qui lui faisaient penser qu'il avait des tubercules pulmonaires. Ne devons-nous pas en inférer que dès qu'il a commencé à étudier en médecine, c'est-à-dire dès qu'il a pu savoir tout ce que les auteurs conseillent comme hygiène, comme prophylaxie, comme traitement de la phthisie, il en a fait son profit? Je crois, pour ma part, qu'il a pris un genre de vie parfaitement

en rapport avec la délicatesse de sa poitrine, et remarquons que le plus bel éloge que l'on puisse faire de son excellente mise en pratique de ces moyens d'hygiène et de thérapeutique, c'est de dire que M. Chassaniol, qui est aujourd'hui plus que septuagénaire, a conservé les attributs d'une vigueur corporelle très-convenable, en même temps qu'il n'a pas vieilli de l'esprit.

Mais si M. Chassaniol a si admirablement défendu, pendant une longue et pénible carrière, ses poumons faibles dès le début, malades même, contre les envahissements de la phthisie, devons-nous en inférer que c'est parce qu'il a habité longtemps le Sénégal et d'autres pays tropicaux ? Non, à mon avis ; je ne vois dans ces campagnes aux pays chauds qu'une difficulté de plus vaincue par le médecin, et je suis persuadé que si le malade était resté, toutes choses égales d'ailleurs, dans un climat plus doux, plus égal sous le rapport de la température ou de l'humidité de l'air, le résultat eût été plus facile à atteindre.

Il est possible que lorsqu'un Européen de poitrine faible se soignera au Sénégal aussi bien que M. Chassaniol a su se soigner, il y puisse vivre sans accident ; mais c'est l'exception, si grande que nous pouvons ne pas en tenir compte, et dire que la Sénégambie a un climat pernicieux pour les phthisiques, que ceux qui ont la poitrine faible doivent la quitter au plus tôt, sous peine de voir la tuberculose faire une évolution plus rapide, et par conséquent plus prochainement funeste que dans la zone tempérée.

Les maladies sporadiques désignées sous le nom d'*autres* ne présentent rien de saillant à noter ici, de sorte que nous ne nous étendrons pas davantage sur l'étude du mois de janvier, d'autant que les affections chirurgicales et vénériennes n'ont de leur côté aucune intensité ni aucune particularité.

CONCLUSIONS POUR LE MOIS DE JANVIER.

Le paludisme qui a réagi si puissamment jusqu'à la fin de novembre, et même en décembre, sur la pathologie du Sénégal est très-amoindri dans le mois de janvier ; il complique bien encore certains états ; il se présente même sous la forme d'atteintes graves dans le moment qui nous occupe ; mais regardons que ce n'est que l'explosion d'un empoisonnement contracté bien avant le mois de janvier. Car si on pouvait faire le compte des récidives et des atteintes primitives du paludisme, on verrait très-positivement que, lorsqu'on n'a pas été intoxiqué précédemment, on ne l'est pas dans le cours du mois actuel.

Les maladies sur lesquelles les oscillations de température ont

une influence puissante sont fréquentes au mois de janvier ; c'est pour cela que nous voyons la dysentérie et l'hépatite faire les frais de presque toute la pathologie du moment, avec la bronchite, la pneumonie et la phthisie ; elles remplissent l'hôpital en ce moment. Mais ces affections différentes, pour être également fréquentes, sont loin d'être également graves. En effet, tandis que les affections aiguës et superficielles de la respiration présentent, à tout prendre, une bénignité fort heureuse, les autres, phthisie, dysentérie, hépatite, sont tristement graves. On peut dire d'un mot pour elles que le malheureux qui est atteint un peu sévèrement ne doit pas espérer la guérison dans le pays. Aussi, malgré tout ce que l'arrivée en Europe au milieu de l'hiver a de fâcheux pour eux, on ne peut cependant manquer de dire que la question du rapatriement à très-courte échéance est une question de vie ou de mort.

CONCLUSIONS POUR LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA SAISON SÈCHE.

La saison fraîche est parfaitement dessinée dans toute la Sénégambie, et comme la sécheresse de l'atmosphère est de jour en jour plus accentuée, les marigots se dessèchent et disparaîtront bientôt avec les dernières traces de la végétation herbacée. Le paludisme, qui est la raison directe de l'humidité du sol, va en diminuant; il est moindre en basse Sénégambie que dans le haut pays et dans les rivières du sud, mais cependant, dans ces derniers pays, il est déjà amoindri et diminuera très-sensiblement bientôt.

Les refroidissements diurnes brusques de température, les alternatives de vent d'E. et de N.-O., produisent des congestions plombiques fâcheuses et favorisent la production ou la marche léthale de la dysentérie et de l'hépatite, qui ont pris, surtout dans le bas pays, depuis le mois précédent une très-regrettable importance.

Ces oscillations de la température font augmenter, dans de très-notables proportions, les affections des voies respiratoires, qui entrent pour une notable partie dans le chiffre des malades que l'on observe dans ce moment à l'hôpital.

Les organismes, trop déprimés par l'hivernage précédent, sont souvent atteints très-péniblement et très-dangereusement au moment actuel, soit par une affection de l'abdomen, soit par une phlegmasie des poumons; mais ceux qui n'ont été que modérément fatigués par le dernier hivernage récupèrent rapidement, sous l'influence de la fraîcheur de la température, la santé et la vigueur relative qu'ils peuvent espérer dans un climat aussi inhospitalier pour l'Européen.

Si nous avons exactement traduit ce que nous voulions dire en

parlant de la première période de la saison fraîche, on aura vu que, dans le bas pays, la transition, occasionnée par la brusque prédominance des vents de la partie du nord, s'est faite rapidement; de telle sorte que la température, de très-fatigante qu'elle était à la fin de l'hivernage, est devenue très-supportable et même agréable en quelques jours seulement.

Ce changement de la température a le plus heureux effet sur ceux qui ont eu la chance de traverser l'hivernage précédent sans atteinte sérieuse de maladie; les forces digestives stimulées par un air vif, la viande de l'alimentation devenant meilleure et mille conditions dépendant de la fraîcheur de l'atmosphère, entre autres un meilleur sommeil pendant la nuit, font que la santé est bientôt assez solide pour donner courage et bon espoir aux Européens qui ne sont pas encore au bout de leur temps de séjour dans les régions sénégambiennes.

Mais ceux qui ont été trop vivement secoués par la maladie dans l'hivernage qui vient de finir n'éprouvent pas de bénéfice, au contraire, de l'arrivée des fraîcheurs; l'intestin ou le foie, souvent les deux, sont atteints de la manière la plus fâcheuse, et bientôt leur vie, minée par la maladie, succombe à ces dernières influences du climat meurtrier, même dans ses moindres manifestations.

Dans le haut pays, la transition est moins brusque, quoique cependant assez marquée, et les premiers phénomènes de la saison sèche, ayant pour effet de faire évaporer plus activement les surfaces aqueuses qui couvrent çà et là le pays, donnent une fureur plus grande encore qu'on me passe le mot, au paludisme qui se traduit par des atteintes aussi nombreuses que graves. Les phénomènes gastriques et bilieux viennent compliquer la fièvre ordinaire, et de fréquents accidents accusent la léthalité du paludisme de l'arrière-saison.

Dans les rivières du sud, la transition est peu marquée, de sorte que le paludisme continue à sévir avec presque autant d'intensité et de gravité que pendant l'hivernage; de telle sorte, on peut dire, que la mauvaise saison qui finit, se prolongeant pendant assez longtemps, va toucher presque à la mauvaise saison prochaine, qui est en avance de son côté. Triste résultat, en fin de compte, puisque les bons moments pour la salubrité sont très-courts et les mauvais presque incessants.

B. *Seconde période de la saison sèche (époque des grandes séries de vent d'est).*

En parlant de la période précédente, nous avons fait faire au lecteur une ample connaissance avec le vent d'est, dont nous avons dévoilé tout le désagrément; nous avons vu que ce vent d'est soufflait, du mois de novembre à la fin de janvier, par séries interrompues de vents frais et même froids; nous arrivons maintenant à parler d'une période où le vent d'est a gagné son procès contre les adversaires, qu'on me passe le mot, et, tandis qu'en décembre et en janvier, il constituait l'exception dans la durée du temps, c'est lui qui, en février et mars, va régner, pour ainsi dire, en maître, et ce n'est qu'assez rarement que les vents du large viennent rafraîchir l'atmosphère et rendre l'existence un peu moins pénible aux Européens.

Sous l'influence de ces vents d'est persistants, la végétation finit par disparaître totalement et les plaines, qui étaient couvertes d'une si luxuriante verdure pendant l'hivernage, présentent un aspect si aride et si désolé que, lorsqu'on voit, avons-nous dit, la Sénégambie à cette époque, on ne peut pas se figurer qu'elle ne soit pas le type de la stérilité la plus absolue de la nature.

Je renvoie comme de coutume au premier volume pour le tableau des proportions des malades et des morts pendant cette période, sans entrer dans de longs détails à son sujet, devant revenir sur la signification de ces chiffres quand nous aurons étudié chaque mois de l'année en particulier.

Les vents d'est prédisposent aux hémorrhagies actives ou passives, suivant que les individus sont de forte complexion ou sont anémiés. Le Dr Chassaniol dit que c'est dans la saison où ils soufflent avec persistance qu'on voit le plus de dysentéries hémorrhagiques, de métrorrhagies chez les femmes. J'ai vérifié moi-même l'exactitude de cette opinion bon nombre de fois.

Le cap Vert, par le fait de sa position géographique, est moins exposé que le restant du pays au vent d'est, et à Rufisque ou Dakar, plus encore dans ce dernier pays, on ressent à peine ses atteintes. Gorée en est exempt d'une manière complète, et c'est à peine si, pendant deux ou trois jours par saison, on sent que l'air est un peu plus chaud, un peu plus sec que de coutume. Quand ce phénomène se présente, la brise de nord a naturellement cessé et la mer est devenue calme, de sorte qu'on éprouve tout à fait l'impression que donne une belle journée de printemps, et on peut dire qu'à Gorée

les temps de vent d'est sont aussi agréables qu'ils sont pénibles sur la terre ferme, pour peu qu'on entre dans l'intérieur des terres.

A Saint-Louis, le vent d'est commence à être assez fatigant, mais il ne l'est pas comme à Dagana et surtout à Podor ou Mérinhagen, où il est véritablement très-pénible.

Dans le haut Sénégal, il fait extrêmement chaud pendant la période des vents d'est, et la température y est plus élevée même que dans les moments les plus chauds de l'hivernage. Tous les Européens qui ont passé l'année dans les postes de Bakel ou de Médine sont unanimes à reconnaître que la chaleur est véritablement intolérable à certains moments, et que les séries de cinq, dix, quinze jours de vent d'est dépriment tellement l'organisme européen que la vie n'est plus qu'un long supplice.

Au moment qui nous occupe, les parties élevées du Fouta-Djalon sont devenues assez arides et assez privées d'eau pour ne plus opposer une barrière efficace au vent d'est, de sorte que les postes des rivières du sud en ressentent l'influence d'une manière plus atténuée, il est vrai, que ceux du haut et du moyen Sénégal, mais cependant assez sensible encore.

MOIS DE FÉVRIER.

La température continue à être, en général, assez fraîche pendant ce mois dans la basse Sénégambie : le vent du nord refroidit l'atmosphère d'une manière fort heureuse pour la santé des Européens, aussi le chiffre des malades diminue-t-il sensiblement de jour en jour. Les nuits sont froides et humides; il faut se garantir de la fraîcheur à l'aide d'une couverture de laine, comme en janvier, et les vêtements de drap sont nécessaires dans la journée.

Lorsque le vent de N.-O. souffle avec intensité, le temps est parfois brumeux dans le bas pays voisin de la mer, et il n'est pas très-rare que quelques gouttes de pluie tombent à ce moment; mais on pourrait les compter tant elles sont clairsemées et ne sont jamais assez nombreuses pour humecter le sol.

L'assèchement des marigots s'effectue peu à peu et arrive à être complet, en général, à la fin de février ou au commencement de mars, quand l'hivernage précédent n'a pas été trop humide.

Il y a, dans la basse Sénégambie, de longues séries de vent d'est qui sont parfois assez pénibles et qui provoquent des variations très-accusées de température. Ces vents d'est ne sont pas sentis à Gorée, qui est défendue par une assez vaste surface de mer, mais ils sont très-appréciables à Rufisque, comme à Saint-Louis, et, à

mesure qu'on pénètre dans l'intérieur des terres, ils sont plus marqués. Dans le haut Sénégal, ils prennent une intensité réellement très-désagréable.

La moyenne de la température, pour dix années, m'a donné les chiffres suivants :

Saint-Louis, 6h m., 16.7; 10h m., 22.5; 1h s., 23.1; 4h s., 21.8; 10h s., 18.6.

Gorée, 6h m., 17.5; 10h m., 19.6; 1h s., 20.8; 4h s., 20.5; 10h s., 17.9.

Voici les chiffres donnés par le Dr Borius pour la moyenne du mois (p. 305) :

Saint-Louis.	Gorée.	Mbidjem.	Thiès.	Dagana.
20.0	18.9	18.5	23.7	23.3

Podor.	Bakel.	Médine.	Sedhiou.
26.5	26.9	27.3	24.0

Il n'est pas rare de voir des oscillations de température extrêmement brusques dans le mois actuel. Le Dr Le Petit, dans son rapport sur le premier trimestre 1856, dit que, pendant une expédition dans le Sahara, on observa 43° de température dans le milieu du jour et 16° à la fin de la nuit; oscillation de 27°, on le voit.

Lorsque l'inondation a été considérable pendant l'hivernage précédent et que l'arrière-saison a été pluvieuse, le fleuve a encore un niveau assez élevé, mais c'est la grande exception, et, depuis 1842, l'eau n'a pas été potable devant Saint-Louis le 15 février (1).

Les ras de marée ont une fréquence et une violence très-grandes; au nord du cap Vert, il n'est pas rare qu'ils durent pendant presque tout le mois. J'ai vu, en 1873, la langue de terre, qui sépare le fleuve de la mer au sud de Guet-N'dar, être entièrement couverte par l'eau de l'océan. J'ai dit déjà que le cap Vert est à peu près la ligne de démarcation des ras de marée, de telle sorte qu'on les observe avec une fréquence très-grande au nord pendant la saison fraîche, au sud pendant l'hivernage. La baie de Gorée, se trouvant au point de transition, a le désavantage de ressentir les deux influences, mais l'intensité en est très-faible, de sorte que, très-rarement, les communications sont interrompues pendant quelques heures ou un jour.

(1) On sait qu'il y eut une inondation si considérable en octobre 1841, que l'île de Saint-Louis fut submergée entièrement; l'eau resta douce ou au moins buvable jusqu'au 15 février : ce phénomène est de la plus extrême rareté.

Le bas et le haut Sénégal commencent à avoir une aridité très-fâcheuse; leur aspect est celui d'une contrée désolée et sans végétation, les vents d'est ayant rôti toutes les parties herbacées des végétaux. Dans les rivières du sud, cette végétation est tellement exubérante qu'elle persiste à reposer la vue par la teinte verte de ses forêts, mais on voit facilement du premier coup d'œil qu'on est dans le moment de la morte saison pour la nature.

MALADIES DE FÉVRIER.

Il y a une diminution sensible et persistante des cas de maladies dans le moment qui nous occupe, et bientôt, les vieux cachectiques disparaissant, les salles d'hôpital vont être à peu près vides. On peut dire qu'à ce moment, et pendant les deux mois suivants, la Sénégambie est une des contrées les plus salubres de la zone tropicale et peut-être même de la zone tempérée.

En examinant dans le premier volume les diverses proportions de malades et de morts pour le mois actuel, on voit qu'elles sont pour la plupart à leur minimum.

Ce tableau nous montre en effet que si nous faisons une exception pour les maladies qui ont pour cause directe le refroidissement de l'atmosphère, les affections que l'on observe à ce moment sont rares, si nous écartons ces reliquats de l'hivernage précédent, qui sont inguérissables et vont se terminer à une échéance très-prochaine par la mort. Nous pouvons dire que, de même qu'elles sont rares, les affections sont alors extrêmement bénignes.

Le chiffre total du mois pour la basse Sénégambie, le haut pays et les rivières du Sud, est 62, 70, 75, 107, 68, 89. C'est une amélioration notable sur les chiffres du mois de janvier ; 81, 94, 84, 125, 75, 107.

MALADIES ÉPIDÉMIQUES.

Parmi les maladies épidémiques, il n'y a guère que les fièvres éruptives et particulièrement la variole, qui se présente avec une certaine intensité dans certaines années, et encore ce n'est pas particulièrement au mois de février; nous pouvons dire que le mois de janvier et le mois de mars sont aussi chargés.

MALADIES ENDÉMIQUES.

Les maladies endémiques dites paludiques sont à un chiffre très-bas, puisque nous avons 69 seulement alors que le chiffre normal est de 100, et encore il est à remarquer que les entrées pour ces maladies portent sur des hommes intoxiqués précédemment, car

au moment dont nous parlons, l'activité des miasmes fébrigènes est à son minimum assurément.

Les maladies endémiques dites saisonnières, bien que peu fréquentes relativement à ce qui se passe pendant certains mois de l'année, ont cependant un chiffre plus élevé, 80 ; mais il est encore d'un cinquième plus bas que le chiffre normal, 100. Parmi elles, la dysentérie continue à avoir une certaine prédominance, mais elle est incomparablement moins grave qu'aux mois précédents, à moins qu'il ne s'agisse d'une rechute sur un sujet déjà très-profondément débilité.

Quelques hépatites se montrent sous l'influence congestive du vent d'est, mais ce sont généralement de simples hyperhémies passagères du foie, résultat de cette propension aux congestions que donnent les transitions extrêmes de sécheresse et d'humidité que provoque l'armathan. La mortalité de l'hépatite paraît exagérée de prime abord au mois de février : 83 à Saint-Louis, 158 à Gorée, au lieu de 100 ; mais remarquons encore que cette augmentation est due à la terminaison de vieilles atteintes qui remontent à l'hivernage précédent. L'hépatite qui débute au mois de février n'est pas une maladie bien grave très-généralement.

Quant aux maladies endémiques désignées sous le nom de *autres* elles sont peu nombreuses, si ce n'est les coliques, qui doivent plutôt être rattachées à ce moment à l'empoisonnement saturnin qu'à une autre cause, car ce n'est pas le moment où se manifestent ces entéralgies que nous avons rattachées à l'influence paludéenne que nous avons étudiée précédemment, ce qu'on a appelé la colique végétale ou sèche.

MALADIES SPORADIQUES.

Les maladies sporadiques ne présentent rien de bien remarquable. Les affections des voies respiratoires sont encore assez fréquentes, comme nous l'avons dit en parlant du mois précédent, mais elles tendent déjà à diminuer et à s'amender favorablement, de sorte que nous n'avons pas besoin de nous en occuper ici d'une manière spéciale. Nous profiterons cependant de ce que le mois actuel n'est pas chargé dans la description des maladies pour parler de l'empoisonnement que l'on a eu quelquefois l'occasion d'observer, et qu'il faut que le médecin qui pratique au Sénégal ait présent à la mémoire dans certains cas qui pourraient, sans cela, lui paraître extrêmement obscurs.

Empoisonnements par les végétaux du pays.

L'abondance de certaines plantes vénéneuses occasionne parfois au Sénégal des accidents qui peuvent être plus ou moins dangereux, et il y a, dans les rapports des médecins de Saint-Louis et de Gorée, des faits d'empoisonnement qui doivent mettre nos successeurs en garde contre la possibilité de l'ingestion du datura, par exemple, pris pour de la salade sauvage, ou des graines de certaines euphorbiacées, entre autres du ricin, prises pour des amandes comestibles. Voici trois observations recueillies à l'hôpital de Gorée touchant le mauvais effet du datura mangé en salade ou de l'ingestion de graines vénéneuses.

Observation LXI.

Empoisonnement par le datura stramonium.— Mort.

X...., soldat disciplinaire. Cet homme, venant de Dakar, est apporté à l'hôpital, à 6 heures du soir, dans l'état suivant : Coma profond avec contracture violente des membres supérieurs ; respiration stertoreuse ; pouls concentré, sans fréquence ; pupilles dilatées, insensibles à la lumière ; peau chaude et sèche ; pas de trismus ; la note annexée au billet de l'hôpital d'entrée ne porte que cette indication : coliques violentes, dans la matinée, avec perte subite de connaissance et de sensibilité.

Privé de renseignements plus précis sur la marche et la nature de cette affection, et sur les moyens de traitement employés par le médecin de *Dakar*, je ne pouvais que chercher à combattre ces symptômes prédominants.

Des doutes s'élevaient cependant dans mon esprit sur la véritable nature de cette affection ; il y avait longtemps, en effet, que nous n'avions eu dans nos salles de fièvre pernicieuse comateuse ; d'une autre part, les cas d'insolation sont très-rares à cette époque de l'année, où la température est très-supportable ; mon diagnostic ne pouvait qu'hésiter entre ces deux affections, bien que, dans l'attitude du malade, dans l'expression de sa physionomie, il y eut quelque chose d'insolite, étranger à une congestion cérébrale simple.

Dans la soirée, après avoir fait appliquer des sangsues aux mastoïdes et à l'anus, et administrer des lavements purgatifs salins, il s'opéra une détente marquée, la contracture cessa, et le pouls large et plein augmenta de fréquence ; cet amendement ne fut pas de longue durée, des convulsions cloniques, semblables à des attaques épileptiformes, se manifestèrent vers minuit, elles ne cessèrent que peu d'instants avant la mort, qui arriva le lendemain à midi.

En présence de ces symptômes, qui dénotaient une violente irritation cérébrale, et dont le musc, l'assa fœtida, l'éther ni le chloroforme, administrés par toutes les voies, n'avaient pu enrayer la terminaison fâcheuse,

j'émis l'opinion que la maladie était probablement le résultat d'un empoisonnement par le *datura stramonium.*

Cette solanée vireuse croît en abondance à *Dakar*, et, depuis longtemps, j'avais cru devoir appeler l'attention du commandant des disciplinaires, sur les propriétés toxiques de cette plante, et des recommandations avaient été faites aux soldats, pour les prémunir contre les dangers de son emploi.

A l'autopsie faite le lendemain, on constate une violente inflammation générale des méninges et de la substance grise du cerveau; les mêmes désordres se présentèrent dans l'estomac et dans toute l'étendue de l'intestin grêle ; la muqueuse gastrique était partout d'un rouge vif, mélangé de plaques brunes, avec un pointillé hémorrhagique au cardia et au pylore. Ces caractères se rattachaient évidemment à une phlegmasie récente, dont on pouvait suivre l'extension décroissante sur la muqueuse de l'intestin grêle, jusqu'au gros intestin.

Malgré l'insuccès des recherches faites par le médecin de *Dakar*, sur ma demande, pour connaître la cause réelle déterminante de la maladie, je n'en resterai pas moins dans la conviction que l'estomac avait dû être en contact avec une substance végétale toxique très-irritante, telle qu'une euphorbe ou une solanée vireuse.

Observation LXII.

Empoisonnement par le datura stramonium. — Guérison.

Quelques jours après cet accident, le 3 mars, on apporte de *Dakar*, à l'hôpital de *Gorée*, un autre soldat disciplinaire qui, deux heures avant, étant sur les travaux, avait été pris brusquement de tranchées très-douloureuses, bientôt accompagnées de vomissements bilieux jaunes, fréquemment renouvelés et très-abondants.

A son entrée, on constate : Perte absolue de connaissance avec contracture des membres supérieurs, dont les avant-bras sont fortement fléchis ; les mains crispées compriment la région épigastrique; face pâle et froide; dilatation exagérée des pupilles, avec photophobie, lorsqu'on soulève les paupières, qui sont dans une occlusion permanente et comme contractées ; le malade fait des mouvements brusques, et sa tête se renverse avec force en arrière, comme pour se soustraire à l'impression pénible du jour; le pouls est très-petit, sans fréquence ; la chaleur générale du corps est plutôt abaissée, à l'exception de l'abdomen, où l'on perçoit une différence notable de température; la peau, pincée en diverses régions, n'accuse aucun signe de sensibilité. Le malade a vomi plusieurs fois dans le trajet de *Dakar* à *Gorée*; ses vêtements sont souillés d'une bile jaune concentrée, sans mélange d'aliments, ni d'autres substances étrangères; il n'y a pas eu d'évacuations alvines.

L'examen attentif et raisonné de l'ensemble de ces symptômes ne me laissa plus d'indécision : je formulai immédiatement le traitement actif en usage, dans les cas d'intoxication récente, par les poisons narcotico-âcres,

Un émétique, suivi d'un éméto-cathartique, n'amena aucune évacuation, les lavements fortement purgatifs n'eurent pas plus de résultat; je fis alors administrer de l'eau vinaigrée en assez grande quantité, elle fut immédiatement tolérée, sans solliciter de vomissements; vers le soir, deux lavements d'eau de mer, administrés presque coup sur coup, déterminèrent une véritable débâcle de matières fécales; la réaction ne tarda pas à se faire, et je dus me préoccuper de combattre les symptômes congestifs qui se manifestaient du côté du cerveau. La face était devenue rouge, turgide, la peau chaude, le pouls plein et fréquent; à la contracture des membres supérieurs succéda un moment de détente, bientôt suivi d'une agitation incessante du malade, sans convulsions, et avec tous les signes confirmatifs d'une véritable irritation gastrique. — Prescription : Eau gommée; 40 sangsues à l'épigastre; sangsues renouvelées, en petite quantité, aux mastoïdes; 100 sangsues à l'anus.

Vers minuit, tous les symptômes d'éréthisme inflammatoire s'amendèrent graduellement, et le lendemain à la visite du matin, le malade avait complétement recouvré l'intelligence et la sensibilité.

Je l'interrogeai pour savoir s'il n'avait pas fait usage de *datura stramonium*, ses réponses évasives et embarrassées ne firent que me confirmer, ainsi que les officiers de santé qui avaient suivi les phases de la maladie, dans la supposition que nous avions eu affaire à une intoxication par cette plante, et plus tard des renseignements plus positifs vinrent complétement autoriser cette opinion.

Le malade conserva, pendant quelques jours, un peu de sensibilité à l'épigastre; le mieux fit de rapides progrès, et à la date du 10 mars, il recevait son *exeat*.

En rapprochant ce second cas d'intoxication si rapidement et si sûrement enrayé, de l'observation précédente, on voit qu'il y a beaucoup d'analogie dans les symptômes principaux; malheureusement, le premier malade nous est arrivé à une période trop avancée de la maladie pour que le traitement eût quelque chance de réussite, tandis que chez le second, nous avons pu agir deux heures après la manifestation des symptômes d'empoisonnement, et c'est à cette circonstance que nous devons attribuer le succès obtenu. (*Extrait des archives de l'hôpital de Gorée.*)

Observation LXIII.

Empoisonnement par des graines d'euphorbiacée. — Guérison.

Le nommé Bugeon, artilleur, avait mangé dans la journée un certain nombre d'amandes d'un fruit qui croît au Castel. D'après les renseignements que nous avons pu prendre, et après avoir nous-mêmes étudié la plante, nous avons reconnu qu'elle appartenait à la famille des euphorbiacées.

La graine a la forme de celle du ricin, mais elle est un peu plus grande et les faces sont convexes. Elle est elliptique, présente à l'une des extrémités de l'ellipse une sorte de hile. La couleur de la graine est brunâtre,

l'intérieur contient une substance blanche, oléagineuse, très-employée pour la confection des savons de Marseille. Cette graine porte dans le pays le nom de purguer, et est l'objet d'un commerce assez important dans les diverses rivières de la côte occidentale.

Très-peu de temps après l'ingestion de ces graines, Bugeon fut pris de coliques vives, accompagnées de selles fréquentes et de nausées, suivies de vomissements. — Vers 4 heures de l'après-midi, il fut pris de faiblesse subite avec résolution des membres.

A son entrée, le 2 septembre à 5 h. 1/2 du soir, les mêmes symptômes persistent : Nausées; selles fréquentes; faiblesse; titubation. Il existe une douleur assez prononcée à l'épigastre ; le pouls est petit, sans fréquence ; aucun trouble du côté de l'intelligence et de la sensibilité ; les pupilles sont médiocrement dilatées. — Traitement : Tilleul, émétique, 0.15 centig.; sinapismes aux jambes; thé punché aromatisé à la canelle.

3 septembre. Prostration et insomnie. Le malade accuse une grande faiblesse. Les battements du cœur ont perdu beaucoup de leur énergie, et paraissent plus profonds ; pouls petit, un peu ralenti à 58 ; vomissements par intervalles; pupilles dilatées considérablement; langue assez nette; quinze à seize selles spumeuses, liquides, de couleur rosée assez prononcée; coliques vives ; grande sensibilité à l'épigastre. — Traitement : Bouillon ; thé punché aromatisé avec canelle; sinapismes aux cuisses; frictions avec alcoolat à la région précordiale. 3 heures. Peau naturelle; pouls, 90. Les pupilles sont moins dilatées; deux selles; le malade se trouve mieux.

4 septembre. Nuit bonne ; le malade se plaint d'un peu de pesanteur à l'épigastre; langue saburrale ; selles; inappétence.

Traitement : Bouillon ; soupe ; quart de vin ; 30 gr. de sulfate de soude. — A partir de ce moment, l'amélioration continue et le malade sort guéri le 7 septembre. (*Extrait des archives de l'hôpital de Gorée.*)

J'ai rapporté ces faits pour mettre, le cas échéant, les médecins en garde contre certains faits qui pourraient les embarrasser grandement de prime abord, et il sera prudent de faire rappeler de temps en temps aux soldats et marins de la colonie qu'ils doivent se méfier des plantes qu'ils ne connaissent pas parfaitement, et qu'ils doivent s'abstenir, dans le cas du moindre doute, jusqu'à ce que le médecin, qui connaît assez la botanique pour discerner les plantes toxiques des végétaux comestibles, leur ait formulé son opinion.

MALADIES CHIRURGICALES ET VÉNÉRIENNES.

Rien de saillant à rapporter touchant ces maladies. Les affections qui, comme les furoncles, l'ophthalmie, le ver de Guinée, se montrent avec une assez grande fréquence à certains moments de l'hivernage, ne présentent, dans le mois actuel comme dans le précédent et le suivant, que des proportions très-minimes. Les autres catégories

n'ont rien de spécial non plus et ne méritent pas de nous arrêter plus longuement.

MALADIES CHIRURGICALES DÉSIGNÉES SOUS LE NOM D'AUTRES.

Sur un total de 23,806 malades que l'hôpital de Gorée a reçus en vingt ans, de 1853 à 1872, il est entré 2,053 malades atteints des maladies chirurgicales que nous avons désignées sous le nom de *autres*, c'est-à-dire qui n'étaient ni l'ophthalmie, ni les furoncles, ni le ver de Médine. Nous donnons, parmi les tableaux du second volume, l'énumération de ces maladies réparties par lettre alphabétique et par mois.

Les plaies ordinaires sont la maladie la plus fréquente, puisqu'elles se sont élevées à 462, c'est-à-dire à plus du cinquième de toutes les entrées de ces maladies chirurgicales, et si nous les rapprochons de 5 amputations, de 126 coups de feu, de 152 ulcères, de 59 brûlures, de 10 gangrènes, nous avons un total de 804 traumatismes avec plaie. Si nous voulons compter les traumatismes sans plaie, nous avons à ajouter à ce chiffre 164 contusions, 118 fractures, 8 commotions cérébrales, 54 entorses, 9 luxations, 7 fractures avec compression de la moelle, ce qui fait d'autre part un chiffre de 360, qui, ajouté au premier, constitue un total de 1164, c'est-à-dire plus de la moitié des entrées.

Ce chiffre élevé nous porte à nous arrêter un instant sur les traumatismes avec plaie, car, pour ce qui est des autres, nous n'avons rien de bien spécial à dire touchant ce qu'on observe au Sénégal.

Traumatismes avec plaie.

Le Sénégal est un pays où les traumatismes avec plaies guérissent avec une très-heureuse facilité ; le fait est mis hors de doute par une observation d'un grand nombre d'années et par des exemples extrêmement multipliés. On rencontre parfois des individus qui ont guéri des lésions très-compliquées et graves, des nègres privés de tout secours médico-chirurgical, des blancs s'étant trouvés dans des conditions pareilles, et il faut être prévenu de cette influence heureuse du climat pour ne pas être tenté d'attribuer aux médicastres du pays, aux marabouts, aux griots, un savoir et une habileté qu'ils n'ont certainement pas.

Il ne me sera pas difficile de fournir des exemples de cette remarquable immunité des blessés au Sénégal ; je n'ai pour cela qu'à donner les chiffres recueillis dans les trois expéditions de guerre qui ont eu lieu de 1852 à 1854, pendant que je servais au Sénégal

au titre de médecin auxiliaire de 3e classe. Je trouve en effet dans mes notes les indications suivantes :

Expédition des Bissagos; combat de Cagnabac (11 mars 1853).

Nous avons eu 5 morts sur le champ de bataille; plus 21 blessés, qui nécessitent deux amputations de cuisse, une ablation du bras. En outre, un matelot (Barber) reçoit trois coups de feu très-graves, brisant l'omoplate et pénétrant dans la poitrine. Un autre (Gloaguen) reçoit trois coups de feu, un traversant le bras, l'autre pénétrant dans la poitrine, le troisième entrant au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, labourant l'aine, passant sous la verge et sortant à la face externe de la cuisse gauche.— Un sergent d'infanterie de marine (Tournier) reçoit un coup de feu dans la joue droite, sortant devant l'oreille, un second dans la poitrine, un troisième dans le moignon de l'épaule. Nous ne perdîmes aucun de ces blessés. Nous eûmes à la suite, dans cette affaire, deux morts seulement : un de tétanos ; il n'avait eu qu'une plaie contuse à la face antérieure de la cuisse ; le second succomba un mois après (un coup de feu à l'avant-bras) d'infection purulente.

Expédition de Grand-Bassam; combat d'Eboué (14 septembre 1853).

Nous avons eu deux hommes tués sur le coup et quinze blessés. Parmi eux, un matelot reçoit deux coups de feu : un qui lui brise l'humérus et l'autre qui lui coupe le tendon d'Achille. Un soldat eut l'avant-bras traversé d'une balle de plomb, dont un morceau glissa entre les deux os et vint se loger dans le carpe, blessure qui nécessita l'amputation de l'avant-bras trois semaines après. Un soldat noir eut l'humérus droit brisé d'un coup de feu et il fallut l'amputer immédiatement. Nous ne perdîmes personne consécutivement.

Expédition de Podor ; combat de Dialmath (6 mai 1854).

88 blessés par arme à feu, parmi lesquels nous eûmes 8 morts, répartis ainsi :

Plaie pénétrante du cerveau avec fracture du crâne.	1
Plaie pénétrante de la poitrine.	1
Plaies pénétrantes de l'abdomen. . . . . , ...	3
Coups de feu fracturant le fémur.	2
Coup de feu dans l'épaule sans fracture.	1
	8

c'est-à-dire qu'à l'exception des trois dernières, c'étaient des bles-

sures destinées à entraîner en tous lieux la mort en quelques heures, sinon subitement.

Si nous consultons les registres des hôpitaux de Saint-Louis et de Gorée, nous trouvons que, dans notre colonie du Sénégal, où les expéditions de guerre ont été fréquentes, où les travaux de force sont incessants, on a perdu, en somme, remarquablement peu de blessés. Il n'est pas rare, en effet, de voir des individus atteints de fractures comminutives des membres, par coup de feu ou traumatisme ordinaire, se remettre d'une manière vraiment inespérée.

Quelle est la cause de cette immunité relative si heureuse dans les grands traumatismes au Sénégal ? Elle est multiple, à mon avis, et doit être autant attribuée à l'influence réellement heureuse du climat, qu'à l'aération parfaite des salles d'hôpital, et ajoutons, parce que nous avons grandement le droit d'en être orgueilleux, aux soins empressés et intelligents que prodiguent les médecins de la marine à leurs malades.

Je ne suis pas en mesure de dire pourquoi le climat du Sénégal est favorable aux traumatismes, seulement je constate le fait. La Sénégambie est, sous ce rapport, comparable à l'Egypte, dont l'illustre Larrey s'est tant loué au commencement de ce siècle.

Il est incontestable que l'aération très-heureuse qui règne dans les salles des hôpitaux du Sénégal est pour une notable proportion dans les résultats favorables qu'obtient la chirurgie en Sénégambie, et pour ma part j'attribue à cette influence les succès remarquables que j'ai obtenus pendant ma pratique à Gorée et à Saint-Louis, où, sur quarante-six grandes opérations, je n'ai perdu que trois individus, et encore un d'eux était une petite fille qu'on m'apporta à toute extrémité : elle avait un ulcère de la jambe qui avait occasionné le sphacèle du pied et une amputation spontanée ; je désarticulai le genou sans grand espoir, et la mort survint 48 heures après l'opération. Un autre était un noir trouvé agonisant et porteur d'un énorme ulcère de la jambe ; je tentai l'amputation pour tâcher de défendre la vie dans ses derniers retranchements, et le sujet lutta pendant encore plus d'un mois et finit par être emporté par la pyémie.

Quant à l'influence du service, elle est puissante. Nous avons pour tradition dans la marine de multiplier notre zèle en présence des cas graves, et il est beau de voir à l'occasion des médecins, malades eux-mêmes, oublier leurs souffrances pour soulager celles de ceux dont la vie leur est confiée. Le dévoûment de nos successeurs ne sera pas moindre que celui de nos aînés, et cette raison nous assure que la Sénégambie sera toujours bien partagée sous ce rapport.

Les pansements ont une grande influence, on le sait, sur la guérison des plaies ; il faut savoir alterner habilement les corps gras, le pansement au vin, à l'alcool, aux désinfectants, les compresses aqueuses, de manière à entretenir une suppuration modérée, sans tomber dans l'inconvénient de l'irritation de la plaie : le corps gras fait suppurer et relâche la tonicité de la partie jusqu'à l'atonie ; l'alcool, les antiseptiques font cesser cette suppuration et excitent la plaie jusqu'à l'irritation. Voilà les faits qui ressortent d'une longue observation et de discussions savantes. Il suffit d'avoir indiqué sommairement ces deux points pour que l'intuition et l'habileté de chacun trouve la voie simple et souvent facile du succès.

Affections purulentes.

Nous trouvons dans le tableau précité 38 adénites, 137 abcès, 64 panaris, 81 phlegmons, 2 parotidites, c'est-à-dire 322 collections purulentes, qui, jointes aux furoncles, dont nous avons parlé précédemment, nous montrent qu'il y a au Sénégal, et particulièrement pendant la saison chaude, une tendance évidente à la production du pus. Il faut tenir compte de la position de Gorée, qui reçoit des malades de la plupart des navires qui font escale sur la rade et où l'on envoie les panaris, les phlegmons, dont le traitement serait long ou difficile à bord. Néanmoins cette tendance à la suppuration ne saurait être méconnue, surtout, je le répète, pendant la saison chaude. Ainsi je dois la signaler, afin que nos successeurs puissent, le cas échéant, ouvrir au besoin, de bonne heure, une issue au pus qui complique les scènes pathologiques trop souvent.

Quant aux autres affections chirurgicales, il est inutile que nous nous en occupions d'une manière spéciale, et nous renvoyons pour elles aux traités classiques qui en parlent, n'ayant rien de particulier à dire sur leur compte, touchant ce qu'on observe au Sénégal.

CONCLUSIONS POUR LE MOIS DE FÉVRIER.

Le nombre absolu des maladies a diminué d'une manière très-sensible par la disparition presque complète de l'influence paludéenne. Les maladies, soit endémiques, soit sporadiques, qui sont sous l'influence directe de la température, comme la dysentérie et l'hépatite, d'une part; la bronchite et la pneumonie, d'autre part, ont diminué de leur côté très-notablement vers le milieu du mois, et on approche à grands pas du moment où la fréquence et la gravité des affections qui menacent l'Européen en Sénégambie, sont à leur moindre intensité.

MOIS DE MARS.

Au point de vue météorologique, le mois de mars ressemble beaucoup au mois de février en général, au moins pendant les quinze premiers jours, car les jours sont frais, les nuits froides, et on est tout à fait dans la période d'hiver proprement dit, c'est-à-dire de sommeil de la végétation et de température basse.

Vers la fin du mois, la température s'adoucit souvent d'une manière très-heureuse et la tiédeur du jour se prolonge assez avant dans la soirée, pour donner un avant-goût des moments agréables du printemps.

Il n'est pas très-rare d'observer un orage, une véritable tornade au mois de mars. Thévenot dit en avoir vu une en mars 1838, et moi-même j'ai constaté une violente bourrasque avec tonnerre, pluie et grêle au milieu de mars 1873, à Saint-Louis. Mais le plus souvent, on subit des périodes de trois, six, dix jours même de temps froid avec brise lourde et humide du N.-N.-O.; temps gris, qui sont la manifestation extrêmement atténuée des coups de vent et des mauvais temps que l'on observe dans la zone tempérée dans ce moment. On dirait que la brise et les nuages, poussés par la force qui leur a fait balayer les pays d'Europe, a encore assez de vigueur pour venir faire son apparition jusqu'au parallèle du cap Vert; mais là, ils s'arrêtent impuissants, à bout de forces et ne peuvent pas troubler d'une manière bien marquée la sérénité de l'atmosphère.

Les raz de marée sont aussi fréquents qu'au mois de février peut-être, ils viennent à la suite de ces grandes brises dont je viens de parler et sont alors les derniers vestiges du gros temps qu'il a fait sur l'océan, dans les parages des Açores, des Canaries; mais plus régulièrement et plus sûrement que le vent, ces raz de marée s'arrêtent au cap Vert, de sorte que, comme nous l'avons dit, cette pointe, la plus occidentale de l'Afrique, sert de démarcation entre les raz de marée qui viennent du gros temps de la partie du nord et ceux qui viennent de la partie du sud.

La moyenne de la température pour dix années m'a donné les chiffres suivants:

Saint-Louis, 6h m., 17.8; 10h m., 21.7; 1h s., 26.5; 4h s., 20.3; 10h s., 18.5.

Gorée, 6h m., 18.1; 10h m., 20.8; 1h s., 22.4; 4h s., 22.1; 10h s., 19.1.

Voici les chiffres donnés par le Dr Borius pour la moyenne du mois :

Saint-Louis.	Gorée.	Mbidjem.	Thiès.
19.2	20.0	21.4	24.3

Dagana.	Podor.	Bakel.	Médine.	Sedhiou.
25.0	28.8	29.7	32.4	26.8

Les vents d'est ont encore, suivant les années, une intensité et une fréquence trés-désagréables ; aussi toute trace de végétation et de paludisme a bien complétement disparu, les marigots sont devenus des plaines parfaitement sèches dont la surface recouverte d'une couche calcinée par le soleil, ne laisse plus émaner désormais les miasmes morbigènes. Quant aux plantes, elles sont tellement réduites de nombre et d'aspect dans ce moment, que la contrée donne l'idée du désert aride et sans aucune vie.

Nous n'avons rien à ajouter pour le haut Sénégal et les rivières du sud, sinon que dans le haut pays, la persistance des vents d'est rend la vie extrêmement pénible.

MALADIES DE MARS.

Dès que l'âpreté du temps diminue et que le chiffre des maladies de la respiration tombe à des proportions convenables, le nombre des malades est très-faible dans toute la basse Sénégambie, pour des raisons qu'il est facile de comprendre d'après ce que nous avons dit, et si les hôpitaux ne recevaient pas quelques vieux reliquats morbides de la mauvaise saison précédente, ils seraient vides ou à peu près. J'ai vu fréquemment l'hôpital de Saint-Louis n'avoir que 12 malades au moment actuel, alors qu'il en avait 150 au mois de novembre précédent, et celui de Gorée suivait les mêmes oscillations.

Nous renvoyons comme de coutume au premier volume pour le tableau des proportions des maladies et des morts pour le moment qui nous occupe : on y voit que la bénignité la plus heureuse est de saison on peut dire, car si on avait pu se débarrasser par le rapatriement de tous ceux qui ont été atteints d'une manière menaçante précédemment, on n'aurait à soigner que des affections aussi peu nombreuses que peu dangereuses.

MALADIES ÉPIDÉMIQUES.

La variole continue fréquemment à frapper les noirs. Quelques blancs même en sont atteints, mais c'est l'extrême exception ; profi-

tons de ce que nous n'avons pas grand'chose à dire touchant les autres maladies, pour parler d'elle très-sommairement.

La variole est une maladie qui est loin d'être rare en Sénégambie; il ne se passe guère d'année même sans qu'on n'en voie quelques cas, et assez fréquemment elle apparaît sous forme épidémique bien caractérisée.

Les épidémies de variole du Sénégal sont venues de tous les points de l'étranger, on peut dire : tantôt, comme en 1869, la maladie est apportée par des navires venant d'Europe; tantôt, comme maintes autres fois, elle semble être venue du nord par les Maures de l'intérieur de l'Afrique en descendant le Sénégal, ou du sud, en remontant la côte.

Les Européens sont pris de variole au Sénégal absolument comme ailleurs. J'ai étudié les feuilles de clinique pour savoir si le séjour prolongé dans le pays donnait ou non une certaine innocuité, et j'ai acquis la conviction qu'on est exposé à contracter la maladie au premier comme au dernier jour de présence sur le sol Sénégambien; en effet, j'ai vu à côté d'individus récemment arrivés, d'autres qui étaient à la colonie depuis trois mois, six mois, un an, deux ans, cinq ans, dix ans même être atteints, et l'intensité de l'affection ne m'a paru modifiée en rien dans ces cas, car parmi les anciens habitants, les uns ont été pris de varicelle ou de varioloïde, tandis que d'autres ont eu la variole confluente.

On a souvent placé tant à Saint-Louis qu'à Gorée les varioleux dans un quartier à part hors de l'hôpital pour les isoler; aussi les chiffres portés dans notre statistique ne sont pas exacts, ne comprenant que les cas traités dans les hôpitaux proprement dits.

En tenant compte de ces particularités, nous pouvons, si nous nous demandons à quelle époque de l'année on observe le plus fréquemment la variole, dire qu'en admettant qu'il dût y en avoir cent cas par an, on les verrait répartis de la manière suivante :

Janv.	Févr.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juill.	Août.	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
4	14	24	12	12	8	6	9	4	3	4	»

Mais il ne faut pas oublier non plus que la variole étant une maladie surtout épidémique, elle vient par bouffées, et que, si les mois de février, de mars et d'avril sont ceux où l'on est plus exposé à voir la maladie sévir en Sénégambie, il peut très-bien arriver qu'une importation la fasse apparaître à un autre moment de l'année.

En général, la variole semble moins dangereuse pour les Européens que pour les noirs au Sénégal, particularité qui tient à trois raisons : la première, c'est qu'il y a infiniment plus de cas observés

chez les indigènes que chez les Européens dans une épidémie; la seconde, c'est que les Européens se soignent infiniment mieux et sont dans de bien meilleures conditions hygiéniques; la troisième enfin, c'est que la plupart des Européens sont vaccinés et que souvent les noirs ne le sont pas.

Les indigènes connaissent la pratique de l'inoculation du pus varioleux sur la plaie d'une petite brûlure qu'ils se font à l'avant-bras à l'aide d'un morceau d'amadou, mais cette inoculation est assez rarement employée.

Quand les indigènes sont vaccinés, ils sont préservés dans les mêmes conditions et les mêmes proportions que les Européens.

La maladie ne présente rien de spécial au pays, elle peut être à l'état de varicelle, de varioloïde, de variole discrète ou confluente, être bénigne ou maligne. Bref, en un mot, je n'ai vu pour ma part rien de particulier; aussi pouvons-nous ne pas insister et renvoyer aux ouvrages classiques, puisque ni la symptomatologie, ni la thérapeutique ne diffèrent au Sénégal de ce qui a cours en Europe.

MALADIES ENDÉMIQUES.

Celles qui sont d'origine paludique sont à leur minimum, et nous le comprenons si bien qu'il est inutile d'insister davantage là-dessus. Parmi celles qui sont influencées par les refroidissements subits ou continus de l'atmosphère, nous ne voyons rien de bien accentué à formuler.

La dysentérie devient de moins en moins fréquente et de moins en moins grave; elle constitue, il est vrai, encore la majorité dans les salles d'hôpital, mais il est à remarquer qu'à part quelques atteintes récentes, d'ailleurs très-bénignes, la plupart des cas appartiennent à de vieux restants de l'hivernage précédent.

Il n'est pas rare que la dysentérie chronique s'exaspère dans le moment actuel : elle prend alors un mauvais aspect et emporte souvent le malade sous le coup d'accidents typhoïdes et de gangrène des intestins; mais c'est l'extrême exception et, surtout, nous ne saurions trop le rappeler, des faits pareils ne se présentent que chez des individus parfaitement préparés de longue main à une terminaison fatale.

L'hépatite est moins fréquente et surtout semble atteindre les individus avec moins de sévérité quand les périodes de vents d'est ne sont ni fréquentes, ni intenses; mais, trop souvent, elle frappe durement ceux qu'elle atteint; d'ailleurs c'est toujours la même maladie insidieuse et dangereuse au dernier chef, sinon sur le mo-

ment, au moins dans l'avenir. Nous en avons assez parlé précédemment pour n'avoir rien à ajouter de plus.

Les maladies endémiques dites *autres* ne sont pas extrêmement fréquentes et ne se prêtent pas à d'autres considérations que celles qui nous ont occupé précédemment.

MALADIES SPORADIQUES.

Celles-ci sont peu nombreuses d'une manière générale, si nous en exceptons les saisonnières : bronchite, pneumonie; et encore ces dernières mêmes vont en diminuant de nombre et de gravité à mesure que la température s'adoucit.

MALADIES SPORADIQUES DÉSIGNÉES SOUS LE NOM D'AUTRES.

Les maladies sporadiques, que nous avons désignées sous le nom de *autres*, ont été en vingt ans, à Gorée, de 1,135 sur 23,806 entrées. Sur ce nombre commençons par défalquer 140 cas de fièvre typhoïde, car nous avons parlé de cette affection précédemment; il ne reste donc que 995 cas d'affections réellement sporadiques, et encore il faut supprimer les 14 cas de cholérine, les 6 cas de rougeole qui appartiennent à la rigueur à des catégories que nous avons déjà étudiées, ce qui fait rester le chiffre à 975 entrées.

Sur ce chiffre nous trouvons tout d'abord 181 cas d'indispositions; quelle est la maladie désignée sous ce nom? Elle est très-complexe, le plus souvent on caractérise ainsi ces faits d'individus qui se trouvent indisposés subitement à la suite d'une ivresse crapuleuse, d'une course inconsidérée au soleil, et qui sont apportés à l'hôpital dans un état qui semble grave de prime abord et qui cependant s'amende et fait place à la santé le lendemain ou le surlendemain. C'est une affection qui n'a donc rien de bien grave, mais quand on songe que les excès sont la porte la mieux ouverte aux endémies du Sénégal, il faut désirer que les hommes se mettent le moins possible dans le cas de la contracter.

Après ces chiffres de l'indisposition et de la fièvre typhoïde, nous voyons un groupe de maladies tenir le haut bout de ces affections que nous avons appelées *autres* : c'est 81 cas d'anasarque, 33 cas d'affections du cœur, 14 cas d'ascite, 5 cas de péricardite, 20 cas d'hypertrophie du cœur, en tout 153 cas. Nous savons que l'ascite et même l'anasarque sont aussi souvent le résultat d'une maladie du foie ou des reins que d'une maladie du cœur en Europe; aussi nous ne tiendrons pas compte des 14 cas d'ascite, et il nous reste 141 malades qui, à notre appréciation, ont présenté des complica-

tions cardiaques du rhumatisme le plus souvent. Nous ne ferons que signaler le fait pour montrer que le rhumatisme est aussi dangereux au Sénégal que dans nos pays, sous le rapport des complications cardiaques; nous n'avons pas besoin d'entrer dans plus de développements dans un livre de la nature de celui-ci. Nous n'avons non plus rien à dire des autres maladies qui se sont présentées, comme on peut le voir par l'inspection du tableau précité, d'une manière très-peu fréquente.

MALADIES CHIRURGICALES ET VÉNÉRIENNES.

Quant à celles-ci, nous n'avons rien de spécial à en dire pour le moment, de sorte que nous pouvons arrêter là l'étude des maladies du mois de mars, en disant comme conclusion que l'amélioration pathologique, qui a commencé déjà en février, s'est accentuée encore pendant le mois de mars, si bien qu'à la fin de cette époque mensuelle les malades sont aussi rares que l'étaient les bien portants en octobre et en novembre.

CONCLUSIONS POUR LE MOIS DE MARS.

Dans la basse Sénégambie, la température se maintient froide pendant presque tout le mois, de sorte que les germes morbifiques émanés du sol sont à leur minimum d'intensité; aussi les maladies dites endémiques sont relativement rares et bénignes.

Les individus, dont le foie ou l'intestin sont susceptibles, ont été atteints précédemment en général, de sorte qu'à l'exception de quelques rechutes on ne voit guère de dysentéries et d'hépatites bien graves.

Dans le haut fleuve ces conditions n'existent pas; le moment actuel est un des très-chauds de l'année par la présence et la persistance des vents d'est, de sorte que l'état sanitaire s'en ressent d'une manière très-fâcheuse.

Les rivières du sud sont actuellement dans une des meilleures périodes de l'année, tant au point de vue de la température que sous le rapport des maladies.

Dans la basse comme dans la haute Sénégambie, les affections sporadiques, dépendant des refroidissements de l'atmosphère, sont en grande activité parce que les oscillations de direction de la brise influe d'une manière aussi vive que rapide sur le thermomètre et l'hygromètre; aussi faut-il prendre des précautions assez attentionnées pour ne pas s'enrhumer.

CONCLUSIONS POUR LA SECONDE PÉRIODE DE LA SAISON SÈCHE.

Nous avons dit que la seconde période de la saison sèche est celle du vent d'est, et nous n'avons pas besoin, par conséquent, de nous appesantir davantage sur ce sujet, ayant donné tous les détails possibles touchant les allures et les qualités de l'armathan. Quant aux maladies, nous avons vu qu'elles ont notablement diminué de nombre dans le bas Sénégal et les rivières du Sud, puisqu'au lieu de 95 et de 108, nous avons 76 et 87 aux totaux généraux.

Dans la basse Sénégambie, l'influence du paludisme s'est très-sensiblement affaiblie. Nous avions 88 pour la fièvre et 89 pour toutes les maladies paludiques à la période précédente ; nous n'avons plus que 64 et 67. Nous sommes peut-être au moment où la fièvre est la moins fréquente dans les hôpitaux de Saint-Louis et de Gorée.

La dysentérie et l'hépatite ont encore une certaine intensité; mais il est à remarquer que les atteintes nouvelles sont peu sévères relativement aux rechutes, qui ont une très-fâcheuse gravité.

Les affections des voies respiratoires continuent à avoir une regrettable force. On comprend que les organismes débilités supportent très-difficilement les transitions brusques de la température; aussi, au moment qui nous occupe, comme pendant les deux mois précédents, les affections aiguës de la respiration entrent pour une bonne partie dans les admissions à l'hôpital.

Dans le haut pays, le paludisme a diminué d'une manière peu accusée. Au lieu de 124 pour la fièvre, nous avons 111 ; au lieu de 122 pour les maladies paludiques en général, nous avons 110. La dysentérie a peu diminué encore; les affections des voies respiratoires restent à un chiffre assez élevé, de sorte que c'est à peine si aux totaux généraux nous voyons une légère diminution : 112 au lieu de 123.

Dans les rivières du Sud, le paludisme a baissé d'une manière incontestable : au lieu de 108, 105, nous n'avons plus que 85; et, comme les affections endémiques climatériques ont diminué, que les affections sporadiques n'ont pas sensiblement augmenté, nous avons une amélioration évidente, qui se traduit par les proportions suivantes aux totaux généraux : 108, 87.

Les maladies sont sensiblement moins léthales dans les diverses contrées de nos possessions sénégambiennes, et la preuve, c'est que la mortalité tombe de 6,6 p. 100 à 4,3 p. 100, et que si nous regardons aux totaux des maladies endémiques, paludiques, climatériques, etc., nous voyons une différence encore bien plus favorable

au moment actuel. En effet, nous avions 2,2, 9,5, 5,1, 4,7 p. 100 pour la période précédente; nous n'avons plus que 1,5, 6,0, 3,2, 3,5 p. 100 dans la période actuelle. En un mot, tout nous montre que la situation s'est très-sensiblement améliorée; et ajoutons aussi que tout nous porte à penser que nous touchons au moment le plus favorable de l'année pour les Européens appelés à séjourner plus ou moins longtemps dans la Sénégambie.

C. *Troisième période ou période des brises pré-estivales.*

Du 15 mars au 1er avril, les brises d'est deviennent, en général, moins fréquentes et moins intenses; elles cessent, par conséquent, de produire une influence pénible sur l'Européen; les brises de N.-E., de N., de N.-O. elles-mêmes diminuent de leur côté d'intensité. On dirait que le vent, las d'avoir soufflé et sentant surtout qu'il a desséché et brûlé tous les végétaux de la Sénégambie, s'arrête victorieux et s'endort peu à peu. La vie devient alors moins pénible pour l'Européen; bientôt même elle est agréable on peut dire, et la température, qui oscille entre 15 et 22°, est véritablement délicieuse, si surtout l'on songe que le ciel est d'une pureté parfaitement constante et durable.

A partir de ce moment la chaleur s'élève d'une manière assez sensible; la fraîcheur piquante du matin et du soir est remplacée par un air plus tiède, et, vers le milieu de mai, on voit apparaître matin et soir quelques brises d'ouest, d'abord indécises et entremêlées de calmes, puis prenant une intensité et une régularité plus grandes.

La transition de la saison fraîche à la saison chaude, *et vice versa*, se fait par des calmes qui durent quinze jours, trois semaines ou un mois; celle de mai est plus lente en général que celle de novembre, car il n'est pas rare que l'hivernage ne commence qu'en juillet, tandis qu'il est moins fréquent que la saison fraîche n'ait été établie qu'au courant de décembre. Autant le vent d'est était sec et desséchant, autant le vent d'ouest jouit des propriétés opposées, et c'est un effet dont on peut facilement se rendre compte en songeant que le vent d'ouest passe sur mille lieues d'océan avant d'arriver à la côte d'Afrique.

Le sol, qui était desséché d'une manière graduelle et continue depuis la cessation des pluies, perd un peu de son extrême sécheresse; les baobabs et quelques arbres présentent, sur leur écorce, des traces manifestes d'humidité dans les parties qui regardent le couchant; et on sent, quoique les terres soient encore arides au

point de ne pas présenter une feuille verte, que la végétation va reprendre son essor, car les graines se gonflent, se ramollissent, et les bourgeons grossissent rapidement.

La constante humidité de l'air produit un effet considérable, non-seulement sur les organismes vivants, mais encore sur les corps privés de vie et de substances organiques mêmes; les bois de construction ou de mobilier qui s'étaient fendillés pendant la saison sèche se moisissent et pourrissent bientôt; le fer s'oxyde, les étoffes, les cuirs se piquent; on dirait qu'une influence destructive générale tend à accélérer la disparition de tout ce qui a vécu, comme une puissance vivifiante, immense, pousse à l'accroissement la floraison et la fructification de tout ce qui vit.

Tous les pays de la Sénégambie jouissent à peu près également de l'amélioration actuelle de la température. En effet, dans le bas pays, on a une tiédeur de l'air qui ne laisse rien à désirer sous ce rapport; dans le haut Sénégal, les vents d'E. étant quelquefois tempérés par quelques brises de N. et de N.-O., font que la vie y est moins pénible par instants. Mais, avouons-le, les souffrances physiques sont rendues plus supportables, il faut le dire, plus par la pensée que la crue du fleuve, c'est-à-dire la délivrance est prochaine, que par l'amélioration réelle de la situation actuelle. Dans les rivières du Sud, la saison étant d'un mois en avance sur les pays sénégaliens proprement dits, on jouit déjà des brises du large d'une manière régulière, et on assiste à la préparation des orages, qui vont donner aussitôt une impulsion très-vive à la végétation.

La fin de la saison fraîche est donc assurément le moment le moins défavorable pour la santé des Européens dans la basse Sénégambie; et l'étude des mois d'avril et de mai va nous en donner la preuve.

MOIS D'AVRIL.

La température s'élève d'une manière très-agréable dans la basse Sénégambie, le vent est infiniment moins froid et reste plus fréquemment dans la direction du N. et du N.-O. que dans celle du N.-E. Les ras de marée continuent à être fréquents, mais diminuent très-sensiblement de force. Les séries de vent d'est sont plus rares et moins intenses, et les vents de N.-O., soufflant en grandes brises du mois de mars, vont en s'éteignant.

Dans les rivières du Sud, la transformation est déjà plus avancée, et on assiste à la préparation des orages qui éclateront bientôt et donneront une impulsion nouvelle à la végétation comme aux maladies.

Les transitions de température sont moins brusques, et si la terre était un peu moins aride, le séjour du bas Sénégal serait, on peut dire, très-agréable à ce moment.

Les soirées sont humides, et il faut se garantir de la rosée sous peine de s'exposer à des indispositions; il est vrai que la température n'étant pas élevée, on n'a nul besoin de rester au grand air. Enfin disons, pour finir, que le printemps est bien dessiné vers le milieu du mois.

Dans le haut pays, au contraire, le temps est encore pénible, et c'est au point qu'on s'accorde à penser que le mois d'avril est le plus désagréable pour les Européens à Bakel et à Médine. Les vents d'est continuent là à être d'une intensité extrême, entraînant avec eux des températures énervantes qui ne diminuent pas aux heures avancées de la nuit, de sorte que le corps ne peut trouver le repos réparateur quotidien dont il a besoin et se trouve bientôt sans résistance devant ces mille causes de débilitation et de maladie, auxquelles il est en butte depuis son arrivée dans le pays.

La moyenne de la température pour dix années m'a donné les chiffres suivants :

Saint-Louis, 6h m., 18.3; 10h m., 21.4; 1h s., 21.6; 4h s., 21.2; 10h s., 19.0.

Gorée, 6h m., 18.9; 10h m., 21.1; 1h s., 22.6; 4h s., 22.3; 10h s., 19.6.

Voici les chiffres donnés par le Dr Borius pour la moyenne du mois :

Saint-Louis.	Gorée.	Mbidjem.	Thiès.	Dagona.
20.1	20.5	22.5	24.3	26.1

Podor.	Bakel.	Médine.	Sedhiou.
32.7	34.1	33.8	28.2

Bien que la température soit agréable dans la basse Sénégambie, là comme dans le haut fleuve, le pays est extrêmement triste à ce moment. Le vent d'est a complétement brûlé tous les végétaux et grillé la terre, au point de la désagréger sous la forme du sable le plus aride. L'eau douce fait défaut partout. Le cours du fleuve lui-même est salé jusqu'à Dagana, ce qui achève de tuer les plantes que le vent d'est avait épargnées, de sorte que la nature est, dans ce moment, tout à fait morte dans les régions qui nous occupent.

Dans le haut pays, les plus grands fleuves sont réduits aux plus minces filets d'eau; aussi ne voit-on nulle part ni végétation, ni ombrages. Partout le sol aride et desséché est brûlé par un soleil ter-

rible et inclément, la terre est vraiment le tableau de la désolation et du néant, car aucun végétal herbacé n'ayant résisté à l'action corrosive du vent d'est, aucune trace extérieure de vie ne restant aux arbres, on dirait que c'en est fait de la nature et que jamais une amélioration ne sera possible.

MALADIES D'AVRIL.

On comprend, d'après ce que nous venons de dire, qu'il doit y avoir une différence considérable entre les deux pays extrêmes du Sénégal, au point de vue des maladies; et tandis que dans le bas fleuve, le cap Vert, et tous les pays limitrophes, les atteintes morbides sont en petit nombre et d'une bénignité remarquable au moment qui nous occupe, dans le haut pays elles sont encore fâcheusement fréquentes, et se compliquent surtout d'une anémie profonde qui viendrait bientôt à bout de l'organisme, si un prochain retour dans un milieu plus clément n'était pas effectué.

Nous renvoyons comme de coutume au premier volume pour le tableau des diverses proportions de malades et de morts pendant le mois d'avril dans les divers pays de la Sénégambie.

Ce tableau corrobore ce que nous disions tantôt, que tandis que le bas pays est dans de bonnes conditions de salubrité, le haut Sénégal voit d'assez nombreuses et d'assez graves maladies. Aussi ne pouvons-nous pas confondre, pour ce mois comme pour d'autres, les deux contrées dans les mêmes considérations.

Dans la basse Sénégambie, les maladies d'origine paludique et les affections endémiques que nous avons appelées saisonnières sont peu fréquentes et relativement peu graves, on le voit. La fièvre paludéenne a presque entièrement disparu de la plupart des localités, et les fébricitants que l'on a à soigner sont des individus atteints depuis longtemps, et ayant une rechute sous l'influence d'une cause purement accidentelle.

C'est pour cela aussi que la fièvre bilieuse mélanurique présente une certaine fréquence toute relative, survenant, on le sait, chez des individus préparés de longue main à son atteinte. L'insolation est une des maladies qui sont assez fréquentes au moment présent. Nous allons en rechercher la raison.

La dysentérie, l'hépatite deviennent moins fréquentes et surtout moins graves lorsqu'elles n'ont pas élu domicile, cependant, dans des organismes profondément débilités. Ainsi le moment présent est de ceux qu'on peut appeler favorables pour ces maladies. Il est vrai que sous l'influence du vent d'est, ou par le fait d'un refroidis-

sement intempestif du corps, l'hépatite se montre parfois au mois d'avril, mais moins fréquemment qu'aux mois précédents peut-être, et dans tous les cas avec une bénignité qui donne facilement raison aux efforts de la thérapeutique.

Les maladies endémiques dites *autres* sont généralement rares, à l'exception de l'anémie, qui va en augmentant de fréquence et qui complique souvent les atteintes, quelles qu'elles soient. On se rend facilement compte de la raison qui fait accentuer davantage l'anémie désormais dans les corps fatigués par un précédent hivernage : c'est que l'élévation de la température arrête les efforts de l'organisme dans la voie de la reconstitution, et fait que le sujet subit de plus en plus l'influence énervante du climat sénégambien. Dans ces conditions, le retour en Europe est impérieusement indiqué.

MALADIES SPORADIQUES.

Malgré la tiédeur de l'atmosphère et le peu d'oscillation de la température, les maladies des organes respiratoires sont toujours assez fréquentes, facilitées ou entretenues qu'elles sont par l'affaiblissement des sujets. Le rhumatisme suit la même marche qu'elles pour ce qui est du nombre des atteintes. Les autres ne présentent aucune particularité intéressante à noter.

MALADIES CHIRURGICALES ET VÉNÉRIENNES.

Les furoncles commencent parfois à se montrer sous l'influence des premières sueurs qui se manifestent désormais d'autant plus facilement que le vent passant à l'ouest rend l'atmosphère plus humide. L'ophthalmie recommence à prendre une fréquence qu'elle n'avait pas dans les mois précédents, mais il n'y a rien d'exagéré encore et le mois actuel ne peut être considéré comme fâcheux pour la raison de cette augmentation, d'ailleurs légère, des maladies chirurgicales saisonnières.

Ulcère des pays chauds.

Il n'est pas très-rare de rencontrer, même chez certains Européens, mais surtout chez les nègres et les mulâtres, des ulcères des membres inférieurs très-remarquables, et qui appartiennent à cette affection, décrite depuis quelques années sous les noms d'ulcère de Cayenne, du Gabon, de Cochinchine, de Mozambique, de l'Yémen, etc., qu'on appelle avec plus de justesse ulcère des pays chauds. Arrêtons-nous un moment sur cette affection, intéressante à plus d'un titre.

Les médecins de la marine se sont occupés fréquemment de cette affection, et nous possédons, entre autres, des travaux de M. Chapuis, médecin en chef à Cayenne; de M. Rochard, directeur du service de santé à Brest; de M. Laure, médecin en chef de l'expédition de Chine et Cochinchine; MM. Vinson, Cras, Richard, Thaly, Penard, Commeiras, Dubergé, s'en sont occupés avec distinction de leur côté, et enfin je dois signaler d'une manière toute particulière l'excellente thèse de mon ami le docteur Aude (Paris, 1865), médecin de première classe, et le mémoire du Dr Mazaé-Azéma.

Je citerai aussi pour mémoire des travaux de l'illustre Larrey, du baron H. Larrey, de M. Cullerier, de M. Linguette, et de nombre de médecins de l'armée qui ont observé la maladie qui nous occupe, soit en Chine et en Cochinchine, soit au Mexique, en Algérie ou en Syrie.

Voici d'abord une observation prise dans les feuilles de clinique de Gorée où une forme de cet ulcère est bien décrite et a donné lieu à une opération pratiquée assez rarement.

Observation LXIV.

Ulcère phagédémique du pied gauche. — Envahissement de la jambe. Désarticulation du genou. — Guérison.

Magney, nègre Ouolof, né à Dakar, entré le 21 juillet 1867 à l'hôpital de Gorée.

Malade depuis huit mois environ; le malade dit que son affection a été causée par une pierre contre laquelle il aurait heurté son pied; il serait résulté une plaie au gros orteil, qui aurait gagné les doigts voisins, sur lesquels il a appliqué des topiques provenant de l'écorce d'un arbre dont le malade ne peut donner une définition complète.

Plus tard, les doigts du pied sont tombés au niveau de l'articulation avec le métatarsien. Cet ulcère, gagnant de proche en proche, faisait beaucoup souffrir le malade; aujourd'hui les doigts du pied ont complétement disparu; le pied, à partir de l'articulation de la jambe, est d'un volume quadruple par rapport au volume normal; il offre en avant la tête des métatarsiens à ce niveau; il s'étale et offre une plaie d'environ 16 centimètres de large sur 20 de hauteur; au niveau du talon (partie interne) on observe un trajet fistuleux. La peau est bonne, le pouls un peu précipité, assez fort; la langue légèrement saburrale. Les fonctions intestinales se font bien; l'appétit est bon. État général satisfaisant.

La plaie a un aspect rosé; on dirait qu'après la chute des phalanges, on aurait fait une incision rasant la face inférieure des métatarsiens, car, à ce niveau, la place, largement béante, offre une excavation au fond de laquelle on voit la tête des métatarsiens et en haut et en bas, les téguments divisés, largement béants tout autour de la plaie et à une distance

de 1 à 2 centimètres de ses bords on observe un tissu cicatriciel; anesthésie complète au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. La sensibilité apparaît vers la partie moyenne de la jambe, mais elle est très-obtuse. Le malade ne ressent distinctement les piqûres faites à l'aide d'une épingle qu'aux environs de l'articulation du genou et de la cuisse. Au niveau de ce tissu l'insensibilité est complète, et, si l'on va en s'éloignant de la plaie, elle revient de plus en plus prononcée au fur et à mesure que l'on s'éloigne du siége du mal. La jambe entière du reste est tuméfiée; il s'écoule par la plaie une assez grande quantité de pus sanieux et assez fétide. Au niveau du pli de l'aine, on observe les ganglions cruraux engorgés, formant un volume semblable à celui d'un gros œuf d'oie. Ils sont incolores, durs. — Prescription à l'entrée, 20 juillet : grand bain, pansement simple.

Le 21 juillet. Quart de tout; décoction quinquina, 100 gr.; lotions avec liqueur de Labarraque; poudre de camphre et de charbon; 30 gr. julep diacodé.

Le 22. La chaleur est assez développée dans le membre malade; la langue légèrement saburrale, un peu jaunâtre; la peau assez bonne; le pouls un peu précipité. 1 selle dans les vingt-quatre heures. Le malade souffre beaucoup, se plaint de douleurs intolérables, ne dort pas la nuit et demande à être amputé. L'état de la plaie, qui va grandissant tous les jours, la mortalité des tissus, qui gagne de proche en proche, l'état de gonflement des téguments fait que l'on se décide à l'amputation.

L'état des tissus ci-dessous mentionné, l'insensibilité d'une partie de la jambe, l'infiltration des chairs et la probabilité d'une ostéo-miellite font repousser l'amputation de la jambe au lieu d'élection et résoudre la question en désarticulant le genou. — Demie. Même pansement; 0,10 poudre de fer.

Le 23, neuf heures du matin. Le malade, suffisamment préparé à l'opération, dont, du reste, il est désireux, et tout étant disposé, les aides à leur place, 10 gr. de chloroforme sont versés dans le cornet. L'anesthésie a été complète au bout de deux minutes. Une incision circulaire a été faite à quatre travers de doigts, au-dessous de la tubérosité du tibia, incision n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire sous-jacent. Cette incision faite, l'opérateur a procédé à la dissection de cette espèce de manchon; mais la peau était tellement rugueuse et épaissie, le tissu cellulaire assez abondant, qu'il devenait impossible de le faire rétracter suffisamment et de le retourner. Une incision, partant de la tubérosité interne du tibia, a dû être pratiquée; elle a été conduite jusqu'à l'incision circulaire, de façon à former deux lambeaux. A partir de ce temps, l'opération a continué sans entrave et sans que le malade, continuant à être soumis à l'action du chloroforme, ait donné le moindre signe de souffrance.

La peau, disséquée et rabattue de chaque côté, l'opérateur a coupé le ligament ratulien et a pénétré dans l'articulation; puis, faisant opérer à la jambe un mouvement de flexion et ensuite de rotation, elle a été complétement séparée du genou.

Les artères out été immédiatement saisies, puis liées.

On a commencé par l'artère poplitée, puis on a lié les trois artères articulaires.

A ce moment l'opération étant terminée, l'application du chloroforme ayant cessé depuis le commencement de la ligature des artères, le malade s'est éveillé de lui-même, et, après un instant, a demandé à boire.

Le malade a été laissé en repos pendant un instant; puis, après s'être assuré qu'il n'y avait plus d'artères à lier, que les ligatures faites l'avaient été avec soin, on a commencé le pansement. Quatre points de suture entortillés ont été appliqués sur les deux parties du lambeau, puis cinq points pour rejoindre les parties divisées par l'incision circulaire; un linge cératé, de la charpie et un bandage triangulaire ont été appliqués. Le malade a été transporté dans un autre lit, le membre reposant sur un coussin et fixé par un jet de bande, maintenu sur le lit par deux épingles.

Vers la fin du pansement, le malade a été pris de sueurs froides, d'un abaissement assez marqué de température et du pouls. Une potion cordiale a été administrée. Cependant cet état a persisté encore. (L'opération, avec tous ses détails, ligature et pansement, avait duré une demi-heure.) — Diète, potion diacodée à 30 gr. — Prescription du 23. Alimentation réparatrice. Potion, 30 gr. sirop diacodé.

Le 23, à trois heures du soir. Les sueurs, l'abaissement de la température de la peau ont cessé; le pouls se relève. Le malade dit avoir faim, déclare ne pas souffrir et aller assez bien.

Le 23, à neuf heures du soir. Les sueurs ne se sont plus présentées; la température de la peau est bonne; le pouls s'est considérablement relevé: il est fort, un peu précipité. Rien de particulier du côté de la plaie. Le malade ne souffre pas et se dit bien. — Rouï; couscous à la viande et au poisson, D. orge, sirop diacode 30 gr. (fer.). Pansement avec lotions chlorurées; poudre de camphre, cataplasme.

Le 24. Absence de réaction; pas de gonflement, pas de chaleur dans le moignon; les lèvres de la plaie sont exactement affrontées par les points de suture; le pouls est à l'état normal. Le malade demande à manger.

L'appareil de pansement, appliqué hier après l'opération, a été changé ce matin à sept heures.

Les linges étaient seulement salis par une sérosité rougeâtre. — Même prescription.

Le 25. A la lèvre externe du moignon, en levant les pièces du pansement, on observe un léger boursoufflement de la peau qui s'enlève sans difficulté et laisse apercevoir au-dessous un commencement de mortification des chairs, qui sont, par plaques, violacées ou d'un rouge brun. Une odeur particulière, *sui generis*, s'en exhale. Quatre points de suture sont enlevés. État général satisfaisant. Une selle hier au soir. Le lambeau est froid.

Le 26. La lèvre supérieure du lambeau se sphacèle de plus en plus, surtout à l'angle externe. Pas de réaction. Les parties sont froides. — Chlor.

fér., 10 ; rouï, couscous, trois quarts. Décoction kina ; sirop diacode à 30 ; lotions vert rouge. Pansement avec camphre, cérat.

Le 27. Le sphacèle semble se limiter. Section de tout le lambeau antérieur intéressant la mortification des tissus, à 0,05 environ près des condyles du fémur. Le lambeau postérieur, qui est sain, est replié et appliqué au moyen de bandelettes agglutinées, tiré sur la partie saine du lambeau antérieur. On a soin de ménager à l'angle interne de la réunion des deux lambeaux une légère ouverture qui puisse donner passage au pus. Absence de chaleur et d'inflammation des parties. Pas de réaction générale. Les parties sont froides. — Ch. fer., 20 (*bis*). Rouï, couscous, trois quarts. Décoction de kina (*bis*) ; sirop diacode à 30 gr. Lotions, vin rouge. Lotions chlorurées. Pansement avec camphre, cérat.

Le 28. On coupe avec les ciseaux une partie de la lèvre du lambeau antérieur présentant quelques points de sphacèle. Le lambeau postérieur est appliqué sur le lambeau antérieur au moyen du même bandage. Etat général satisfaisant. Suppuration abondante. — Ch. fer. rég. à volonté. Trois quarts. Orge, décoction quinquina (*bis*), julep diacodé.

Le 29. Le malade a passé une bonne nuit. Ce matin le pouls est calme et régulier. Quelques parties du lambeau postérieur, qui présentaient un aspect douteux, sont enlevées à l'aide des ciseaux.

Le 1er août. Les parties sphacélées semblent se substituer ; un commencement de suppuration tend à s'établir.

Le 2 août. Les parties sphacélées sont définitivement limitées et sont successivement enlevées à l'aide de ciseaux. Les chairs tendent à prendre un bon aspect, leur couleur est rosée en dedans ; un pus *bleuâtre* s'écoule des lambeaux antérieur et postérieur. On observe néanmoins un léger gonflement, accompagné d'un peu de chaleur dans tout le membre. L'état général est ou reste satisfaisant. Les fonctions digestives et intestinales se font bien.

A partir de ce moment l'état local se maintient très-bon, l'état général devient excellent, et la guérison marche sans encombre. Elle est complète le 1er septembre, moment où Magney est mis à l'usage des béquilles. Le 25 septembre, il est mis *exeat* entièrement guéri. L'extrémité osseuse du fémur paraît parfaitement saine, et la cicatrice solide siége à la réunion de la face inférieure et de la face postérieure du moignon.

Si les nègres et les mulâtres présentent plus souvent que les Européens, au Sénégal, cet ulcère qui nous occupe, il ne faut pas croire que les Européens en soient absolument exempts.

Une première question se présente quand on étudie l'ulcère dit des pays chauds : c'est de savoir si les termes d'ulcère de Cochinchine, de Mozambique, de la Nouvelle-Calédonie, de l'Yémen, etc., sont applicables à des maladies distinctes ou à une seule et même affection. L'opinion me semble devoir être fixée aujourd'hui dans le sens de l'unité, après les thèses de M. Thaly et de M. Aude, qui

ont discuté ce point de pathologie avec tout le soin nécessaire pour faire prévaloir cette idée.

L'ulcère des pays chauds est presque exclusivement observée aux membres abdominaux, le plus souvent même aux environs des malléoles ou à la face dorsale du pied ; mais il ne faut pas croire qu'il ne puisse siéger ailleurs. En effet, en nous souvenant qu'il se présente le plus souvent aux lieux précités, uniquement parce que c'est là qu'on trouve le plus souvent des plaies atoniques, qu'on se blesse quand on marche pieds nus ou qu'on marche dans les broussailles ; nous comprenons que, malgré cette prédilection de siége, il n'y a pas de raison absolue contre l'existence d'un ulcère de cette nature à une autre région ; j'ai soigné un nègre qui avait l'ulcère en question à la main ; j'en ai vu d'autres qui en avaient aux cuisses, au scrotum, à l'abdomen ; généralement l'ulcère est unique, une seule jambe est prise mais il n'est pas impossible d'en trouver deux sur le même individu ; d'ailleurs, si nous songeons que l'ulcère des pays chauds est le résultat de l'anémie, de l'état de misère physiologique d'un individu, nous comprenons que plusieurs plaies, érosions, excoriations, peuvent dégénérer, et par conséquent le siége, pas plus que le nombre, n'ont rien d'absolu.

L'étendue de l'ulcère soudanien peut être considérable ; le docteur Azéma en a vu un qui occupait toute la face dorsale du pied depuis les orteils jusqu'à la région tibio-tarsienne ; j'en ai moi-même observé un qui avait ces dimensions, et j'ai vu chez un Européen amputé avec succès à Gorée par mon excellent ami le Dr Borius, cet ulcère occuper toute la face postérieure du membre, depuis le talon jusqu'au milieu du mollet. Dans un autre cas, le Dr Azéma dit que l'ulcère reposait sur toute la partie interne et supérieure de la jambe, depuis l'articulation du genou jusqu'au tiers inférieur de la jambe, mesurant 25 centimètres dans son plus grand diamètre. J'ai amputé la jambe gauche d'un noir qui en portait un qui occupait toute la face postéro-externe du membre, depuis le talon jusqu'au milieu du tiers moyen de la jambe.

Mais il ne faut pas oublier que ces grandeurs sont exceptionnelles ; le plus souvent l'ulcère a le diamètre d'une pièce de un ou de deux francs ; le diamètre d'une pièce de cinq francs d'argent est déjà assez notable.

Pour la symptomatologie, la marche, la durée et la terminaison de l'ulcère des pays chauds, que l'on observe au Sénégal, je crois que le mieux est de résumer ce qu'en a dit le Dr Mazaé-Azéma dans son travail plus étendu, et surtout plus étudié au point de vue clinique, que la plupart des autres qui ont été faits sur l'affection.

1re période.— Début.— D'après le Dr Mazaé-Azéma, l'ulcère débute sans prodromes. C'est d'abord, dit-il, une élevure variant de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un grain de lentille, et remplie d'une sérosité jaunâtre. Cette élevure est le siége d'une vive démangeaison, analogue, par exemple, à celle qui accompagne les *bourbouilles (lichen tropicus)*; le sujet, grattant cette élevure, la déchire bientôt; il en résulte une petite excoriation qui s'agrandit et se creuse chaque jour parce que ses bords sont décollés circulairement; une croûte jaunâtre se forme de temps en temps et tombe par la sécrétion d'un liquide séro-purulent laissant à découvert un fond blafard.

Bientôt les tissus environnants deviennent légèrement œdémateux et l'ulcère entre dans sa seconde période ou période de début.

Période de progrès.— Lorsque l'ulcère siége dans une partie où il peut se développer librement, il affecte le plus souvent la forme circulaire ou ovale, et s'agrandit ainsi suivant que les conditions de son extension sont plus ou moins favorables.

Lorsqu'il occupe l'intervalle des orteils, il se présente sous forme d'une fente ou fissure profonde; mais, soit à l'état étalé, soit à l'état tortueux et sinueux, l'affection présente la même suppuration échoreuse et fétide, les mêmes tendances à l'extension, si un traitement efficace ne vient pas interrompre sa marche.

Les bords de l'ulcère sont saillants et renversés en dehors dans la plupart des cas; ils sont déchiquetés comme s'ils avaient été rongés par un animal, et la peau qui entoure le lieu où se passe la scène pathologique est comme un peu œdématiée, tendue, souvent luisante; en un mot présentant les caractères d'une tendance à l'augmentation de proche en proche. C'est même là un signe pronostique qui pourra guider le médecin dans l'application qu'il fera des divers moyens de traitement.

Le fond de l'ulcère est sensiblement déprimé et présente des différences suivant que l'affection est récente ou bien qu'elle remonte à une date assez éloignée pour que les désordres profonds aient eu le temps de se produire. Il est constitué par une matière pultacée, blanc-jaunâtre, tenace et plus ou moins épaisse, assez analogue à la fausse membrane diphthéritique; mais elle est infiniment plus épaisse que celle-ci. Je l'ai vue quelquefois avoir plus d'un gros travers de doigt d'épaisseur, mais le plus souvent elle a de cinq à huit millimètres seulement.

Lorsque cette matière blanchâtre et pultacée qui tapisse l'ulcère est très-épaisse, elle est extrêmement tenace et on peut la râcler avec une spatule sans parvenir à l'enlever. Lorsqu'elle est en petite

quantité, et par exemple quand elle commence à se reformer après une cautérisation chimique qui a avivé une portion de la surface, on voit qu'elle est d'abord presque transparente et visqueuse, absolument comme de l'albumine qui commence à se coaguler.

Lorsque l'ulcère atteint les os, il commence par ramollir et irriter le périoste, qui s'ulcère et disparaît peu à peu, laissant à découvert une surface poreuse, véritable ossification morbide des couches périostiques les plus profondes ; il va sans dire que l'os a, dans ces cas, un volume plus grand qu'à l'état normal.

Les portions osseuses qui restent au contact de la suppuration sanieuse de l'ulcère se carient par places et se nécrosent en certains endroits, au point que quelquefois des séquestres plus ou moins volumineux sont éliminés ; le Dr Azéma dit en avoir extrait un de la partie antérieure du tibia qui avait dix centimètres de long sur un de large. Nous avons vu, à Saint-Louis et à Gorée, des faits analogues, notamment chez une négresse qui succomba après avoir perdu plusieurs portions du tibia et du péroné.

Lorsque l'ulcère rencontre des tendons, il ulcère, détruit leur gaîne et les dissèque très-complétement. Le Dr Azéma a vu, dans un cas, le tendon d'Achille mis à nu ; une autre fois c'étaient les tendons de l'extenseur commun des orteils. Pour ma part, j'ai vu les tendons du jambier antérieur, de l'extenseur propre du gros orteil, des extenseurs communs, des péronniers parfaitement disséqués et libres dans un détritus gangréneux et pultacé.

Souvent, dans le cours du traitement, il y a des recrudescences d'irritation de la totalité ou de certains points de l'ulcère. On voit dans ce dernier cas certaines parties devenir plus saignantes et se couvrir d'une couche putrilagineuse. Lorsque cette scène se passe vers un des bords de l'ulcère, on le voit reprendre l'aspect caractéristique de renversement au dehors, tandis que la suppuration redevient plus sanieuse et reprend de l'odeur.

L'ulcère des pays chauds saigne avec une extrême facilité, en nappe et par petites places. Chez un Européen que j'ai vu atteint d'un de ces ulcères, l'hémorrhagie était, par la répétition fréquente, une puissante cause d'affaiblissement.

L'ulcère sécrète une sanie ichoreuse de mauvaise nature, très-fétide et très-abondante, de sorte qu'il suffit souvent d'un seul malade pour infecter une salle ; il faut avoir alors soin d'employer dans les pansements d'énergiques moyens de désinfection, et encore trop souvent est-on obligé de l'isoler. Il m'a semblé que les ulcères des Européens sont moins fétides, mais je suis disposé à

penser aussi que c'est parce qu'ils n'arrivent généralement pas à l'étendue et à la profondeur de ceux que présentent les nègres.

L'ulcère ne paraît pas être très-douloureux, mais il faut faire la part du peu de sensibilité de la race nègre, qui est capable, on le sait, de supporter sans presque avoir l'air de souffrir des douleurs qui provoqueraient des cris déchirants chez les blancs les plus durs au mal. Chez les Européens, ils sont souvent très-douloureux, mais parfois aussi la sensibilité de la région m'a semblé émoussée. Ce serait peut-être là un des caractères de l'affection ou plutôt un des phénomènes de l'anémie.

Lorsque l'ulcère est en voie de progrès rapide, certaines portions de tissu sont entamées en peu de temps par le travail ulcératif et tombent en gangrène, ce qui ajoute au mauvais aspect et à l'odeur infecte; mais ce n'est pas le cas, le plus souvent; car la marche de l'ulcère est assez lente; les malades que j'ai observés disaient en être atteints depuis plusieurs mois et même des années, et présentaient les caractères d'une évolution morbide peu hâtive.

Cependant, pour marcher lentement, le mal ne suit pas une voie moins fâcheuse, et trop souvent les moyens thérapeutiques sont impuissants, non-seulement à le guérir, mais encore à empêcher son extension.

Pendant longtemps l'état général n'est pas influencé; mais néanmoins, arrivé à des proportions d'étendue et de profondeur considérables, l'ulcère finit par réagir sur la constitution, qui est atteinte sérieusement par la suppuration et la gravité de la maladie. Le malade maigrit peu à peu, sa peau devient plus rugueuse, plus sèche et comme couverte d'un enduit pulvérulent grisâtre qui le fait paraître moins noir et lui donne un aspect terne, alors qu'il était luisant et comme huileux quand il se portait bien. Les Européens présentent, dans les cas analogues, les attributs de l'anémie poussée jusqu'à la cachexie.

Lorsque l'ulcère existe depuis un certain temps, le membre qui le porte est le siége d'un amaigrissement général très-notable relativement à son congénère; cette diminution de volume, jointe à l'œdème des parties qui avoisinent et qui sont placées au-dessous de l'ulcère, contribuent à lui donner un aspect très-remarquable.

Si un traitement efficace ne vient pas arrêter la marche extensive de l'ulcère qui nous occupe, l'émaciation du sujet fait des progrès. La fièvre hectique s'allume et bientôt une diarrhée colliquative vient accélérer les phénomènes de destruction de l'individu, qui ne tarde pas à succomber dans un état de maigreur extrême.

Le Dr Mazaé Azema, qui a suivi avec une très-judicieuse attention

la marche de la maladie, nous donne des renseignements précieux sur la terminaison par cicatrisation. La suppuration diminue, devient de meilleure nature et tarit peu à peu; le fond blafard de l'ulcère tend à prendre meilleur aspect; des bourgeons charnus de bonne nature apparaissent, se développent et comblent peu à peu l'excavation; l'œdème périphérique diminue en même temps, enfin la cicatrisation marche du centre à la circonférence. Les bourgeons charnus arrivent même à être exhubérants et à nécessiter l'emploi du caustique pour être réprimés.

Une croûte noirâtre dans les premiers temps par la présence de quelques gouttelettes de sang, puis jaunâtre et composée seulement de lymphe plastique, envahit la surface de l'ulcère si on la laisse à l'air à cette époque, puis enfin, lorsque la guérison est obtenue, on voit un tissu cicatriciel peu étendu, dépourvu plus ou moins de pigment, ce qui lui donne une couleur blanche qui tranche très-notablement avec le fond de la couleur générale du sujet chez les noirs.

Avec le temps cette cicatrice se colore et brunit; elle finit par avoir une teinte comme bleuâtre ou noire mat, suivant la race à laquelle appartient l'individu; mais, pendant toute la vie, on peut facilement retrouver, à première vue, la trace de l'affection guérie.

La guérison spontanée doit être assez fréquente, si je ne me trompe, car on rencontre beaucoup de noirs porteurs de cicatrices caractéristiques aux pieds et aux mollets. Il n'est pas rare de voir des cas dans lesquels la cicatrice est tiraillée, déprimée; le membre est quelquefois même comme étranglé au niveau de cette cicatrice, preuve que la maladie a guéri après une extension et une profondeur très-fâcheuses.

Dans quelques cas, l'extension de l'ulcère des pays chauds fait de tels progrès, que les portions atteintes par lui et plusieurs points de sa surface présentent des plaques gangréneuses, molles, grises, fétides comme la gangrène humide. A ce degré, on pourrait trouver une certaine analogie, ainsi que le fait très-bien remarquer le Dr Mazaé Azema, avec une plaie envahie par la pourriture d'hôpital. Mais un examen attentif ne tarde pas à montrer que la confusion n'est pas possible pendant longtemps.

Pour ce qui est des altérations anatomiques, j'emprunte encore la description au Dr Azéma, qui a disséqué une jambe amputée pour un ulcère dit *mozambique*, identique, en somme, à celui qu'on observe au Sénégal.

« Primitivement, l'ulcère envahit le derme et le tissu cellulaire sous-cutané et s'y maintient pendant quelque temps; mais, à me-

sure qu'il fait des progrès, il envahit le tissu cellulaire interstitiel, puis les masses musculaires. Lorsqu'il arrive sur les surfaces osseuses, le périoste disparaît et le tissu osseux offre les caractères de la carie : il est érodé, mollasse, spongieux, et se laisse facilement pénétrer par le scalpel; toutes les parties circonvoisines sont décolorées, épaissies et indurées; leur consistance est, pour ainsi dire, lardacée; les tendons seuls résistent à l'action destructive de l'ulcère, mais il détruit le tissu cellulaire qui les entoure, les gaînes synoviales qui servent à leur glissement. Je n'ai pu m'assurer, ajoute-t-il, de l'action qu'il exercerait sur les parois vasculaires; je suis persuadé qu'il en altérerait tout au moins la tunique cellulaire et pourrait amener par suite la mortification du vaisseau. »

L'étiologie de l'ulcère des pays chauds a été discutée par maints auteurs et tour à tour rapportée à des conditions très-diverses : la syphilis, une diathèse spéciale à la race, le paludisme, la nature herpétique ont été incriminés. Quelques-uns n'ont voulu y voir qu'une pourriture d'hôpital pure et simple; d'autres une manifestation du scorbut. Je suis de l'avis du Dr Aude, qui attribue uniquement cet ulcère à l'anémie pour ce qui est de la cause dominante, et qui croit que sous l'influence de cette anémie la moindre plaie peut prendre les mauvais caractères de l'affection qui nous occupe. Quant à ce qui est des mille conditions secondaires qui out été signalées, on nous permettra de ne pas insister davantage ici sur elles, n'ayant en vue dans notre étude que la symptomatologie et le traitement des affections qui peuvent atteindre les Européens au Sénégal.

Traitement. — Ce que nous venons de dire de l'anémie considérée comme cause de cet ulcère des pays chauds nous porte à penser que le traitement général tonique, l'alimentation réparatrice, le fer, l'huile de foie de morue, etc., etc., sont des moyens d'une importance capitale dans tous les pays, et qui peuvent rendre infiniment plus efficaces les efforts du traitement local.

Le traitement local consiste souvent dans la modification de la surface de l'ulcère. Pour cela, les caustiques chimiques, depuis l'acide sulfurique, nitrique ou chlorhydrique, jusqu'à la teinture d'iode, ont été préconisés. Bannissons d'un coup les mercuriaux et les arsénicaux, de peur d'absorption, et disons que tous les caustiques chimiques peuvent être mis en usage avec avantage, mais trop souvent aussi restent inefficaces.

Lorsque la surface de l'ulcère tend à se modifier en bien, on la voit d'abord être moins saignante, d'aspect moins blafard, plus rosé; les portions putrilagineuses se détergent, et bientôt des bourgeons

charnus de bonne nature se développent sur divers points, tandis que les bords s'affaissent et sont envahis de la périphérie au centre par un tissu cicatriciel très-mince et très-délicat d'abord.

Pour le cas où l'ulcère tend à la gangrène superficielle, le Dr Azema a préconisé une pommade faite avec une partie de guano pour quinze parties d'axonge, et dit avoir vu sous son influence les surfaces se déterger très-bien et prendre l'aspect rosé de bonne nature qui précède la cicatrisation convenable. Je n'ai pas d'opinion personnelle sur ce pansement.

J'ai voulu essayer l'emploi du fer rouge, et j'ai pratiqué des cautérisations actuelles à divers degrés sans obtenir un bon résultat; chez deux malades j'ai pratiqué cette cautérisation avec une énergie et une persistance dont on se fera avec peine une idée. Je commençais par endormir le malade pour lui épargner les douleurs et les contractions volontaires ou spontanées, et j'ai éteint sur un plus de dix fois le cautère chauffé à blanc dans une séance, ne m'arrêtant que lorsque la surface était absolument *cuite*. Le résultat a été nul, malgré une douzaine de séances de cautérisations répétées à quarante-huit heures d'intervalle, et l'amputation est restée l'ultime ressource. Sous l'influence de cette cautérisation excessive, je n'ai jamais fait disparaître la couche pultacée qui recouvrait l'ulcère; les parties superficielles se carbonisaient, et en les grattant avec la spatule elles se désagrégeaient avec la consistance caséeuse, mais plusieurs nouvelles cautérisations pratiquées dans la même séance ne pouvaient arriver à détruire complétement cette couche, qui se trouvait reformée avec la même épaisseur et la même ténacité dès le lendemain.

J'en suis arrivé à penser que la cautérisation actuelle est assez souvent impuissante dans l'ulcère dont il s'agit ici, et je ferai observer qu'il faut bien que j'en aie eu la preuve fréquemment répétée, car j'ai la plus grande sympathie pour cet agent, souvent héroïque, et que, depuis longues années, j'aime à employer, *larga manu*, dans une grande quantité de cas.

Lorsque les efforts de la thérapeutique ont été inutiles, il reste comme moyen ultime l'amputation, que les uns ont préconisée, que les autres ont proscrite avec une égale passion.

Le Dr Azema soulève la question de savoir s'il est à craindre que la surface d'amputation soit envahie par la matière pultacée qui caractérise l'ulcère mozambique, et il dit avec grande raison, je crois, que les cas où on a observé ce phénomène sont des cas de pourriture d'hôpital confondus avec le véritable ulcère des pays chauds. Je suis pour ma part tout à fait de cette opinion, car j'ai pratiqué l'am-

putation sans voir aucune altération de la surface de section qui pût autoriser la pensée d'une extension de la maladie ; au contraire, comme l'amputation n'est résolue que lorsque le malade est profondément émacié par la suppuration et les souffrances que provoque l'ulcère, il arrive ici, comme dans les cas d'amputation pour les tumeurs blanches suppurées depuis longtemps, que le sujet se trouve, aussitôt après l'opération, dans de meilleures conditions hygiéniques, et, par conséquent, guérit avec une très-heureuse facilité si l'on n'a pas attendu trop longtemps pour retrancher la partie malade. Je connais nombre de cas où l'amputation a sauvé la vie du sujet.

En parlant de l'amputation dans l'ulcère des pays chauds, je dois à vérité, qui, en somme, est préférable aux satisfactions d'amour-propre, le récit de deux faits qui m'ont profondément étonné, et que je signale à mes successeurs, afin qu'ils puissent en tirer bénéfice au besoin. Les voici.

En 1871, on reçut à l'hôpital de Gorée un nègre ouolof, charpentier de son état, qui avait un ulcère étendu et profond à la jambe droite. Cet ulcère, véritablement affreux, avait mis à nu la région antéro-externe de la jambe depuis la malléole jusqu'au milieu du mollet; le péroné était saillant au niveau de la malléole externe et présentait des végétations œstéophitiques exposées à l'air. L'ulcère était couvert d'une couche de matière blanche absolument semblable à la fausse membrane de la dypthérite et épaisse d'au moins 2 centimètres en certains endroits. Suppuration abondante ; odeur insupportable. Bref, le malade aurait-il demandé l'amputation, que j'aurais considéré l'opération comme bien indiquée.

Cependant je voulus essayer la conservation, et, après avoir tenté la cautérisation avec les agents chimiques, je pratiquai l'ustion au fer rouge. On s'imaginera difficilement l'énergie de cette ustion : j'endormais tous les deux jours le patient et j'éteignais sur la plaie dix à douze cautères rougis à blanc, ne m'arrêtant que lorsque la surface était charbonnée et que la chambre dans laquelle nous nous trouvions était remplie d'une fumée nauséeuse. Bref, qu'on se figure la cautérisation la plus énergiquement appliquée.

Malgré mes efforts je n'arrivais pas à un résultat. La substance dypthéritique repullulait, avait une vigueur inouïe, et l'ulcère gagnait en profondeur et en surface. Après douze séances de cautérisation je me décourageai, et je comptai que l'amputation était le seul moyen ultime à notre disposition. Le malade s'affaiblissait, avait de la fièvre ; bref, l'opération me parut tout à fait indiquée.

Je la proposai au malade, qui la refusa. Nous essayâmes encore

quelques moyens de pansement : cautérisation à l'acide sulfurique, pansement au charbon, badigeonnage à la teinture d'iode; bref, les choses allant de mal en pis, le malade ne voulant pas se faire opérer, il demanda son *exeat*, que j'accordai avec la pensée qu'il allait succomber sous peu de temps.

Deux mois s'étaient écoulés depuis la sortie de ce nègre de l'hôpital, et je ne songeais plus à lui quand un jour je vois des jeunes gens danser dans la rue en passant; et qu'on juge de ma stupéfaction : celui qui faisait le plus de gambades était mon nègre porteur de l'ulcère. Je voulus avoir le cœur net de cette affaire : j'appelai l'individu et je le conduisis chez moi. Il me raconta qu'il était allé à la Grande-Terre, et qu'un médicastre nègre lui avait donné de la sciure de *caïlcedra*, qu'il avait appliquée sur l'ulcère. Peu après, le mieux s'était déclaré, et la guérison était à peu près complète; je fus même convaincu en débandant sa jambe : il n'y avait plus qu'un ulcère de la grosseur d'une pièce de deux francs, à bords et fond rosés, suppurant très-peu. Le pansement consistait en une forte couche de sciure de caïlcedra. Un mois après, j'ai revu le nègre en question : son ulcère était entièrement cicatrisé, et la guérison persistait dix-huit mois après encore.

Le second fait est le suivant: Au moment où je vis mon nègre gambader avec sa jambe presque guérie, j'avais à l'hôpital un autre nègre atteint d'ulcère de même nature au coude-pied, et j'avais essayé infructueusement les cautérisations. Je me hâtai de faire un pansement à la poudre de quinquina, n'ayant pas de poudre de caïlcedra à ma disposition; mais le succès ne sembla pas répondre à mon attente. Ce nègre, voyant qu'il n'allait pas mieux, sortit de l'hôpital, et, quelques mois après, je le rencontrai : il avait employé, me dit-il, le caïlcedra, et son ulcère avait sensiblement diminué, mais n'était pas guéri. J'avoue que l'état me parut être à peu près le même qu'à la sortie; je dois dire cependant qu'à la sortie j'aurais volontiers pratiqué l'amputation, et qu'au contraire voyant le malade résister pendant trois ou quatre mois aussi bien à son ulcère, je changeai d'opinion à mon second examen.

Voilà les faits. Je dois convenir que ma pratique était moins bonne que celle du médicastre nègre, puisqu'un cas que je considérais comme exigeant l'amputation a pu guérir. Je signale ceci afin que mes successeurs essaient avec grande détermination la conservation tant qu'elle leur paraîtra sagement possible.

Il n'est pas impossible que les cautérisations si vigoureuses que j'avais pratiquées aient heureusement préparé l'action de la poudre de caïlcedra, et je continue à penser que dans nombre de cas,

l'ustion au fer rouge est un bon moyen, au moins au début, pour modifier la scène pathologique. Les cautérisations à l'acide sulfurique, le pansement à la poudre de charbon, à la teinture d'iode seront mis en œuvre, et ce n'est que lorsque leur inutilité aura paru bien constatée qu'on pourra recourir à l'amputation.

Ajoutons qu'à mon avis, l'amputation est indiquée de meilleure heure chez le blanc que chez le nègre au Sénégal, pour la raison que l'Européen n'est pas dans son pays natal, et que, par conséquent, il est à craindre, plus pour lui que pour le noir, que l'anémie ne fasse de plus en plus de progrès. Le blanc n'a pas l'espoir de se relever quand il est affaibli ; le nègre se trouvant dans son pays natal, avec ses habitudes et sa nourriture d'enfance, peut davantage réagir heureusement contre les causes d'affaiblissement quand il est bien soigné.

Disons en finissant que je suis porté à penser que, dans les deux cas dont je viens de parler, l'influence du régime a été plus puissante qu'on ne pense et que je n'ai pensé de prime abord. Ces nègres admis à l'hôpital de Gorée étaient tirés des habitudes, de leur coutume, avaient une alimentation qui, bien que plus alibile, n'était guère agréable à leur goût, et peut-être que leur retour au grand air, la nourriture à laquelle ils étaient habitués a eu sur leur état général une action qui a été, en somme, plus puissante que le pansement lui-même.

Mon dernier mot, en parlant de l'ulcère des pays chauds, est d'insister sur l'influence importante du traitement tonique, médicamenteux et alimentaire, capable, je crois, de faire réussir des moyens thérapeutiques locaux, qui seraient impuissants sans lui. La question du rapatriement des Européens atteints de cet ulcère se présente aussitôt à l'idée comme un des meilleurs moyens si on adopte l'étiologie vers laquelle je me suis rallié.

CONCLUSIONS POUR LE MOIS D'AVRIL.

Tout ce que nous venons de dire nous a montré que, dans le bas Sénégal, les maladies sont relativement peu fréquentes, et on nous accordera que le mois présent est un des meilleurs. Dans le haut pays, quelques accès de fièvre plus rebelles et souvent assez dangereux se manifestent; l'hépatite continue à être dangereuse autant que fréquente, et surtout l'anémie agissant de la manière la plus dure sur l'organisme de tous les Européens, décuple leurs mauvaises chances.

MOIS DE MAI.

MÉTÉOROLOGIE.

La chaleur augmente sensiblement; le vent incline peu à peu davantage vers la direction de l'Ouest et le soleil darde des rayons de plus en plus intenses. Dans les rivières du Sud la transformation de l'année est beaucoup plus avancée; les premières pluies sont tombées ou sont imminentes, et on éprouve ce que nous avons dit pour la Sénégambie proprement dite pour le mois de juin.

L'atmosphère est en général très-calme en Sénégambie; les raz de marée, très-rares au nord du cap Vert, commencent à se montrer dans la baie de Gorée. On sent que le printemps est tout à fait dessiné et que l'hivernage approche. Dans les années hâtives, on voit des nuages s'amonceler dans le sud de Bakel et de Médine, poussés qu'ils sont un peu plus au Nord par les vents de S.-O., qui soufflent actuellement dans la région de Sierra-Leone, mais on n'en éprouve qu'un peu d'humidité de l'air. A peu près jamais d'ondée bienfaisante pour la végétation.

Quelques rares fois on observe sur le littoral, à Gorée ou Saint-Louis, une sorte de petite tornade dans le courant du mois de mai, mais elle n'a pas grande intensité, et ce n'est que dans un mois ou deux que les orages de la saison chaude seront en activité. En général, on jouit d'une manière continue d'un temps charmant, analogue aux très-beaux jours de printemps en Europe, et si la campagne n'était pas aussi absolument dépourvue de verdure, le séjour du Sénégal à ce moment serait de nature à contenter les plus difficiles.

Dans les rivières du Sud, l'hivernage est déjà commencé, et on est au commencement de la période des pluies au moment qui nous occupe.

La moyenne de la température pour dix années m'a donné les chiffres suivants :

Saint-Louis, 6h m., 20,8; 10h m., 21.7; 1h s., 21.8; 4h s., 22.3; 10h s., 20.3.

Gorée, 6h m., 20.5; 10h m., 22.5; 1h s., 24.1; 4h s., 23.8; 10h s., 21.0.

Voici les chiffres donnés par le Dr Borius pour la moyenne du mois :

Saint-Louis.	Gorée.	Mbidjem.	Thiès.	Dagana.
21.0	22.0	22.4	24.7	26.8

Podor.	Bakel.	Médine.	Sedhiou.
34.9	32.9	36.4	27.4

Dans les bas pays, la température est très-supportable, on le voit, et d'une égalité fort heureuse ; mais, dans le haut fleuve, elle continue à être désagréablement élevée. Seulement, comme les vents inclinent du côté de l'Ouest déjà, l'atmosphère a un peu plus d'humidité, et dans les premiers temps ce changement donne une sensation favorable qui, jointe à l'espoir de partir prochainement, ranime le courage des malheureux qui sont retenus prisonniers par la baisse des eaux depuis la fin de l'hivernage précédent.

MALADIES DE MAI.

Les malades sont peu nombreux en même temps qu'ils sont moins gravement atteints, et il est facile de s'assurer que le moment actuel est un des plus heureux de l'année en jetant un coup d'œil sur le tableau des proportions de malades et de morts.

Comme on peut le voir, la situation ne saurait être meilleure au point de vue des chances de maladie, et la preuve, c'est que le chiffre normal des atteintes étant 100, nous n'avons que 49, 50 ou 60. Le chiffre des décès lui-même reste à 55. On peut s'assurer que pas une des affections endémiques ou sporadiques ne présente la moindre intensité ni la moindre léthalité, comparativement à ce qui s'est passé par exemple cinq mois avant et ce qui se passera trois mois après de nouveau.

MALADIES PALUDIQUES.

L'asséchement complet des marigots s'étant effectué depuis le mois de mars ou depuis les premiers jours d'avril, le miasme fébrigène a pour ainsi dire disparu d'une manière absolue. Aussi pas d'atteinte nouvelle de fièvre : les fébricitants observés sont toujours des hommes qui étaient malades depuis la fin de l'hivernage précédent. La fièvre mélanurique, les accès pernicieux, etc., etc., sont à leur minimum, on peut dire.

Dysentérie.

La dysentérie est très-rare au moment actuel en tant qu'atteinte récente grave. Un peu de refroidissement peut la provoquer chez les nouveaux arrivants ou chez les anciens dysentériques ; mais ceux-ci étant relativement peu nombreux à ce moment de l'année, la maladie est aussi peu répandue que peu intense.

Hépatites.

Il y a quelques atteintes d'hépatites qui paraissent plus nombreuses encore par le fait de la diminution des autres maladies ;

elles sont, comme la dysentérie, le résultat d'un refroidissement passager, mais n'ont, le plus souvent, que peu de gravité. On a le droit cependant d'être frappé de la mortalité relativement élevée, et qui semble en contradiction avec la bénignité dont je viens de parler; mais il ne faut pas oublier que cette mortalité est occasionnée par les anciens abcès du foie déclarés depuis plusieurs mois, et non par les atteintes nouvelles. Cette distinction étant faite, on voit cette divergence apparente s'expliquer très-naturellement.

Dans les années exceptionnelles, comme en 1839, où la saison fut très en retard, on observe en mai des dysentéries et des hépatites en assez grand nombre; mais remarquons qu'elles coïncident avec la prolongation des fraîcheurs et des vents d'Est; de sorte que ce qui se passe alors doit être rapporté pour l'ordinaire à la pathologie des mois de mars et d'avril.

Nous avons assez dit par quel mécanisme les nouveaux arrivés sont souvent atteints de flux de ventre au moment de leur arrivée au Sénégal pour n'avoir pas besoin d'insister, pas plus que nous n'avons besoin de parler longuement des conditions qui font que l'hépatite succède ou au moins complique facilement la dysentérie. Cette étude a été faite précédemment.

AUTRES MALADIES ENDÉMIQUES.

Les maladies endémiques désignées sous le nom de *autres* sont peu nombreuses et peu intenses au moment qui nous occupe; mais elles vont commencer bientôt à augmenter de fréquence comme toutes les autres. Disons un mot du tænia, qui présente un intérêt assez grand.

Tænia.

Le tænia est fréquent en Sénégambie, tant dans la population européenne que chez les indigènes. Certaines localités semblent même tellement y prédisposer que la population entière en est pour ainsi dire atteinte.

Voici d'abord, comme d'habitude, le tableau de la fréquence proportionnelle des atteintes, suivant les moments de l'année.

Tableau de la fréquence proportionnelle du tænia.

	Janv.	Fév.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juill.	Août.	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Saint-Louis.	48	24	22	206	36	221	129	153	74	115	48	117
Gorée. . . .	55	70	82	165	102	190	55	102	55	60	82	77
Bas Sénégal.	82	67	72	109	180	203	162	143	42	52	30	70
Cayor	92	184	184	»	271	92	184	29	»	»	»	»
Moyenne.	69	86	90	120	125	220	109	145	50	56	40	90

A Saint-Louis, à Gorée et dans le bas Sénégal, nous voyons le parasite commencer à être souvent la cause de l'admission à l'hôpital dès le mois d'avril et avoir son maximum en juin pour diminuer à mesure que l'hivernage avance. Nous pouvions le prévoir en songeant à la nature de l'affection. Nous négligerons les chiffres indiqués pour le Cayor, qui nous paraissent avoir été notés sans la précision nécessaire sur les rapports mensuels qui ont servi de base à nos recherches.

Nous ne voyons pas le tænia porté dans les colonnes afférentes au haut Sénégal ou aux rivières du Sud. La raison n'est pas dans la rareté de cet entozoaire dans ces divers pays; non, bien loin de là. On peut dire même qu'il y est assez fréquent pour que les trois quarts de la garnison en soient atteints. Mais, dans les postes, le tænia est regardé comme une simple indisposition qui ne présente pas grand danger, et on attend d'être de retour au chef-lieu pour s'en débarrasser, n'ayant pas dans les infirmeries excentriques les médicaments et les moyens appropriés pour une thérapeutique très-précise, et surtout, disons-le, parce que, dans ces postes, l'infirmerie est généralement si encombrée du fait des atteintes morbides sérieuses, qu'on n'y reçoit pas les affections aussi bénignes que celle-ci.

Quand on étudie la question du tænia en Sénégambie, on constate bientôt que le parasite est observé plus ou moins souvent, suivant le pays; et, en effet, tandis que les populations riveraines du Sénégal, par exemple, le présentent si fréquemment, qu'on pourrait dire que toute la population le porte, d'autres centres d'habitation n'en sont pas atteints, ou en sont atteints dans des proportions infinitésimales.

En recherchant dans quelles conditions sont ces divers groupes, nous voyons que ceux qui s'abreuvent dans le fleuve Sénégal appartiennent à la première catégorie; ceux, au contraire, qui usent de l'eau de source, de puits, comme dans le Cayor et sur les bords de la Casamance, appartiennent à la seconde. Il y a là, à notre avis, un élément précieux pour l'étiologie de l'affection, comme nous le verrons bientôt.

Nous ne pouvons faire ici une histoire complète du tænia; il nous suffira de dire tout juste ce qu'il est indispensable de savoir sur son compte au Sénégal pour en débarrasser les individus atteints. Ainsi nous ne parlerons ni de son anatomie, ni de ses évolutions, ni de mille choses analogues. Nous signalerons seulement l'opinion de Blainville (traduction de Bremser, p. 536), que le tænia ne peut rester dans le canal intestinal des hommes atteints de fièvre inter-

mittente pour dire que le contraire est prouvé chaque jour au Sénégal.

On a accusé l'eau du fleuve et des marigots de produire le tænia; je suis tout à fait de cette opinion, ayant observé dans maintes circonstances que les rares individus du Cayor qui boivent de l'eau de puits en sont assez souvent exempts, tandis que ceux qui usent de l'eau des cours d'eau ou des étangs l'ont très-fréquemment. A Dakar, où on boit de l'eau de source, cet entozoaire est très-rare et ne s'observe même que chez des individus qui ont usé d'autre eau que celle du pays. Enfin j'ajouterai que j'ai vu une famille de sept personnes faire usage à Saint-Louis de cette eau de Dakar pendant près de deux ans sans présenter aucun cas de tænia. A cette époque, un membre de cette famille, moins sévère sur cette question de provenance de l'eau, commit l'imprudence de boire à plusieurs reprises de l'eau du fleuve et fut atteint du tænia. J'ai perdu le chiffre, tant il est grand, des cas où un individu qui avait habité Gorée pendant de longs mois sans avoir le tænia parce qu'il buvait de l'eau de citerne ou de Dakar, a été atteint de l'entozoaire précité peu de semaines après son arrivée à Saint-Louis, où l'eau de la boisson est empruntée au fleuve.

Je sais que cette opinion qui fait provenir les germes du tænia de l'homme de l'eau du fleuve Sénégal est contraire aux idées reçues; les expériences de Siébold, de Leuckart, de Humbert, semblaient avoir prouvé d'une manière péremptoire que le parasite a besoin de passer par le corps d'un autre animal à l'état de cysticerque pour pouvoir se développer sous forme de tænia dans le corps de l'homme. Cependant comment admettre la nécessité de cette migration pour expliquer la fréquence du tænia en Sénégambie quand nous y réfléchissons un peu?

En effet, j'ai dit que les populations riveraines du Sénégal sont très-universellement atteintes du tænia, quand celles qui s'abreuvent à l'eau de source ou de puits en sont à peu près exemptes. Et remarquons que je ne limite pas la question aux indigènes; les Européens sont tout à fait dans le même cas; et, tandis que les habitants de Saint-Louis, Dagana, Podor, Bakel, Médine, portent très-fréquemment le parasite, ceux de Gorée, Dakar, Rufisque, Thiès, pays où on boit de l'eau de source ou de puits, ne le présentent pas.

Le tænia n'a pas été toujours aussi fréquent en Sénégambie; on peut s'en assurer en comparant les divers rapports trimestriels des hôpitaux de la colonie, de 1819 à nos jours. On constate alors que c'est seulement depuis 1858 qu'il entre dans l'énumération des maladies traitées dans l'hôpital de Saint-Louis. Pour l'hôpital de Go-

rée, par exemple, nous trouvons que le tænia, tout à fait inconnu jusqu'en 1857, a été constaté 2 fois en 1858, 1 fois en 1859, 0 fois en 1860; et les chiffres sont allés depuis en progressant de la manière suivante : 2, 3, 6, 7, 11, 9, 4, 2, 10, 16, 20. D'ailleurs, nous n'avons qu'à dire que l'hôpital de Saint-Louis a consommé, du 1er janvier 1870 à la fin du mois d'avril 1873, c'est-à-dire en quarante mois, 10 kilog. 125 gr. de cousso, ce qui représente 506 prises de vermifuge, pour avoir une idée de la fréquence du tænia sur les bords du Sénégal.

Thévenot n'a pas parlé de la fréquence du tænia en Sénégambie, et moi-même je ne l'ai jamais constatée pendant mon premier séjour en 1852-53-54, puisqu'à cette époque il était d'une grande rareté. Depuis, les choses ont singulièrement changé.

On s'est demandé pour quelle raison l'entozoaire qui nous occupe est apparu ainsi à une époque récente et quelle est la cause de son introduction au Sénégal. Eh bien! je suis porté à penser avec la notoriété publique du Sénégal que le tænia s'est généralisé dans le pays au moment des dernières commotions dont les pays habités par les peuplades noires ont été le théâtre. Les Bambaras, qui habitaient les contre-forts Est du Fouta-Djalon et la vallée du Niger, étaient atteints en grand nombre du tænia, et, comme les peuplades de l'Afrique orientale, notamment les Abyssins, ils ne cherchaient pas à s'en débarrasser. En 1857, El-Hadj-Omar, qui a introduit l'islamisme dans les pays de la vallée du Niger qui professaient l'idolâtrie, a repoussé les Bambaras vers le bassin du Sénégal et de la Falémé, puis il est venu lui-même avec une armée nombreuse, de laquelle les Bambaras convertis faisaient partie, jusque dans nos possessions, Médine par exemple.

Le premier apport du tænia a donc été fait dès lors, et comme les noirs vivent généralement sur les bords des cours d'eau, y jetant la plupart de leurs résidus, il en est résulté que le Sénégal et ses affluents sont devenus le moyen et la voie de la propagation de la maladie, qui va jusqu'ici en augmentant de fréquence, au point que déjà les individus qui ne sont pas atteints du tænia sont l'exception dans la Sénégambie.

Si on n'admet pas que l'homme reçoive directement le tænia des germes déposés dans l'eau du fleuve, d'où verra-t-on provenir l'animal? De la viande, du poisson? Mais remarquons que les indigènes de la Sénégambie ne mangent pas, comme les Abyssins, de la viande crue : leur nourriture à peu près exclusive est le *couscous*, farine de mil granulée et cuite à la vapeur d'eau. La matière animale qui entre dans leur alimentation est toujours cuite et surtout bouillie

dans l'eau qui a servi à préparer le couscous, c'est-à-dire exposée pendant longtemps à une température de plus de cent degrés.

On ne pourra pas rattacher ces germes de tænia aux légumes, aux fruits : la Sénégambie est peut-être le pays du monde où la population mange le moins de végétaux frais à cause de leur extrême rareté. Et d'ailleurs, comment expliquer que des populations qui ont absolument les mêmes habitudes, les mêmes mœurs, la même race, ont le tænia avec une fréquence extrême quand elles sont fixées le long du Sénégal, et avec une rareté très-grande quand elles vivent dans les lieux où l'eau de l'alimentation provient des sources ou des puits?

On peut, d'autre part, réfuter l'idée de la contagion par l'habitude de manger de la viande crue, en présence de ce fait, que les Européens du Sénégal, qui ne vivent cependant pas comme les indigènes, sont atteints du tænia, quand ceux de Gorée, qui vivent absolument comme leurs semblables de Saint-Louis, ne le présentent pas; de sorte que je ne vois pas de raison pour éloigner l'idée de la transmission directe par l'eau du fleuve. A l'appui de cette idée, au contraire, je dirai que, dans ma famille, où l'eau de l'alimentation a été scrupuleusement bouillie toujours, personne n'a été atteint, quand nos voisins l'étaient, et que mon successeur, qui ne s'est pas astreint à la précaution que nous avons mise en usage, n'a pu y échapper.

Dans une famille de ma connaissance composée de six personnes, cinq, qui buvaient exclusivement de l'eau provenant de Dakar, ont habité dix-huit mois Saint-Louis sans présenter le parasite; la sixième n'a pas hésité à boire, dans certaines occasions, de l'eau du fleuve, et a été atteinte du tænia.

En conséquence, j'admets, jusqu'à preuve du contraire, que, sans révoquer en doute la possibilité de la production du tænia par le mécanisme démontré par Siébold, Leuckart, etc., etc., on peut croire qu'en Sénégambie l'usage de l'eau du fleuve Sénégal donne le parasite intestinal qui nous occupe.

Cette étiologie du tænia me porte à parler d'un moyen prophylactique qu'on pourrait employer, je crois, avec succès, et qui serait non-seulement utile contre les entozoaires, mais encore contre nombre d'affections, la diarrhée et la dysentérie par exemple. Je dirai ensuite un mot du traitement du tænia.

La crue subite du fleuve est le signal de l'apparition d'un certain nombre de cas de tænia, ainsi que de plusieurs dysentéries plus ou moins graves. C'est au point qu'assez souvent on voit à cette époque

quelque chose qui pourrait peut-être compter pour une petite épidémie, tant pour l'entozoaire que pour le flux intestinal.

Nous savons qu'à mesure que l'eau du fleuve devient terreuse, elle se charge de manières organiques. Le mécanisme en est si simple à comprendre, qu'il ne saurait nous arrêter un seul instant; et on comprend aussi très-bien que ces matières organiques, dissoutes dans la boisson des individus, provoquent des maladies intestinales, tandis que les germes charriés par cette eau peuvent, dans ce moment favorable à la génération, faire leur évolution aussitôt qu'ils arrivent dans un milieu propice.

Le Dr Hombron, entre autres, s'est étendu très-compendieusement sur ces effets dans ses rapports trimestriels. Il avait surtout en vue la dysentérie, et il fournit des preuves très-probantes en faveur de son opinion. Ainsi, par exemple, il dit qu'au début de l'hivernage de 1851, l'eau qui servait de boisson à Saint-Louis étant trouble et souvent infecte, toujours chargée de matières organiques, une épidémie de dysentérie se déclara tout à coup. Hombron, incriminant cette eau, obtint qu'on établît des filtres pour la garnison, et l'événement donna raison à ses prévisions; car, en 1852, la dysentérie fut, à l'époque correspondante, non-seulement moins fréquente de moitié, mais aussi beaucoup moins grave.

Nombre d'autres exemples pourraient être invoqués à l'appui de cette idée que l'eau de la crue provoque la dysentérie. On pourrait dire, entre autres, que les tableaux nosologiques des postes situés sur le fleuve indiquent 8 à 14 p. 100 de dysentéries dans les entrées du moment de la crue, tandis que les postes du Cayor, Thiès, Pout, Mbidjem, qui prennent leur eau dans des puits ou à des sources, ne présentent pas des cas de dysentérie, alors cependant qu'à d'autres moments de l'année ils sont assez éprouvés par cette affection.

Ai-je besoin de répéter que je n'ai pas la prétention d'attribuer toute la dysentérie du Sénégal à l'eau du fleuve? Non; mais je suis, avec le Dr Hombron, grandement disposé à incriminer les cours d'eau et les marigots du pays de la plupart des flux intestinaux qui s'observent dans le mois présent et dans les deux ou trois mois qui suivent, de même que je les incrimine très-positivement au sujet du tænia à toutes les époques de l'année, mais surtout dans le moment actuel.

Cette opinion, si elle était admise, aurait peut-être une influence heureuse sur la santé des Européens qui habitent les bords du Sénégal. En effet, des mesures seraient prises pour que l'eau du fleuve

et des marigots ne servît pas à l'alimentation publique pendant certains moments de l'année sans avoir subi au moins certaines modifications qui la rendraient inoffensive. La modification qui me semble la plus simple et la plus pratique serait de faire bouillir l'eau potable avant de la donner en boisson.

Le sujet est assez important pour nous permettre de nous y arrêter un instant, et je dirai d'abord que j'en ai fait faire et fait moi-même l'expérience un assez grand nombre de fois pour pouvoir affirmer qu'il serait facile et peu coûteux de ne boire que de l'eau bouillie dans les divers ports de la Sénégambie, qui puisent leur eau potable dans les fleuves ou les marigots.

Dans ma maison, par exemple, composée de six personnes, on a fait bouillir l'eau de la boisson pendant tout le temps que nous avons séjourné à Saint-Louis sans grande difficulté. Ainsi, le matin, au lever du jour, on préparait en moins d'une heure trois ou quatre casserolées de trois litres chacune, et on jetait cette eau en ébullition sur un filtre de pierre poreuse, qui la refroidissait en même temps qu'il la clarifiait, au point qu'on pouvait la mettre aussitôt dans des gargoulettes, où elle avait acquis, dès dix heures du matin, une fraîcheur agréable.

Pour montrer l'utilité de cette coutume de faire bouillir l'eau des fleuves et des marigots qui doit servir à la boisson, plusieurs objections doivent être discutées. C'est ainsi qu'il faut rappeler la quantité d'eau qui doit être bouillie ; d'autre part, qu'il faut envisager les avantages, au point de vue de la santé, de cette eau bouillie ; en troisième lieu, discuter les inconvénients qu'elle peut avoir dans cet ordre d'idées.

1° *Quelle quantité d'eau faut-il faire bouillir?* — Je répondrai qu'une expérience de longue haleine m'a montré qu'un litre et demi par jour et par personne est une bonne proportion; deux litres constituent une quantité plus que suffisante pour tous les cas. Or, cette proportion n'a rien d'excessif, et si les divers corps de troupe recouraient à ce moyen, on peut dire qu'après avoir fait la première dépense d'appropriation de la cuisine, qui ne serait pas très-grande du reste, la consommation du combustible de chaque jour serait insignifiante, car le feu qui fait cuire les aliments ferait en même temps très-bien chauffer l'eau destinée à la boisson.

D'ailleurs, je vais démontrer que, quand même il faudrait ajouter à la ration actuelle du combustible un certain appoint, il y aurait une notable économie; et en effet remarquons qu'en vingt ans l'hô-

pital a enregistré 199 entrées pour le tænia, et les médecins qui ont pratiqué en Sénégambie m'accorderont bien que ce chiffre est à peine la vingtième partie des cas de ce parasite; car, pour un individu qui vient à l'hôpital pour expulser son entozoaire, il y en a dix-neuf qui demandent à en être débarrassés dans le cours d'une indisposition qui les a appelés dans l'établissement.

En chiffres ronds, nous pouvons donc penser qu'il y a eu quatre mille cas de tænia en vingt ans dans la garnison de la colonie, soit deux cents cas par an, et je suis assurément au-dessous de la vérité encore. Or, en supposant que chaque tænia ait retenu son porteur pendant deux journées à l'hôpital, le prix de la journée étant de 7 fr. 50 en moyenne, il s'ensuit que les corps de troupe ont donc dépensé ou provoqué à l'État en vingt ans une soixantaine de mille francs, soit 3,000 fr. par an, et on m'accordera qu'avec le quart de cette somme ils auraient assurément fait bouillir toute leur eau d'alimentation.

On admettra donc, j'espère, que, même alors qu'on n'aurait à reprocher au Sénégal que de prédisposer au tænia, il y aurait déjà économie, je crois, à faire bouillir l'eau de la boisson du millier d'hommes qui constitue la garnison du fleuve. Mais le tænia n'est que le moindre inconvénient qu'on puisse reprocher à l'eau du fleuve: la dysentérie ne doit souvent son origine qu'à cette eau.

2° *Quels seraient les avantages de l'eau bouillie?* — Ce que nous venons de dire nous a déjà fixé sur cette question. En effet, très-grande diminution dans les cas de tænia et de dysentérie, c'est-à-dire diminution considérable de ces causes d'affaiblissement, de maladie et de mort même pour les militaires de la colonie : tels sont les avantages que l'on retirerait. On comprend que, lorsqu'il s'agit de pareilles choses, il est inutile presque de faire intervenir les questions d'argent, car les calculs que l'on fait, quelque exagérés en trop qu'ils paraissent, sont souvent mille fois trop faibles. En effet, qu'est un chiffre de trois, cinq, dix mille francs, quand on songe aux congés de convalescence, aux pensions aux veuves, aux parents, etc., etc., que l'État peut avoir à payer, on ne songera pas à nier, je pense, que, dans bien des cas, des individus ont dû être renvoyés en Europe pour une anémie dont la cause primordiale et capitale pouvait être attribuée à l'usage de l'eau impure de la boisson, qui a provoqué chez eux soit le tænia, soit la dysentérie.

3° *Quels sont les inconvénients de l'eau bouillie pour la santé?* — Je ne crains pas de dire d'un seul mot qu'ils sont nuls; et, en effet,

qui persisterait aujourd'hui à soutenir la lourdeur de l'eau bouillie pour l'estomac ? On a tant parlé de la nécessité de l'aération de l'eau après sa coction, quand on s'est occupé de la distillation de l'eau de mer, qu'on a fait de l'absence d'air dans ce liquide uu monstre qui est tout à fait chimérique. En veut-on la preuve ? La tisane que boivent les malades est-elle lourde à l'estomac ? Et cependant n'est-ce pas de l'eau bouillie ? Le bouillon, les potages, le vin, l'alcool sont-ils des corps lourds à l'estomac ? Et cependant ils représentent, on le sait bien, des liquides absolument privés d'air.

Cette vieille crainte ne résiste pas, on le voit, à l'examen, et l'objection de la difficulté de digestion de l'eau qui a bouilli est purement illusoire.

Le lecteur consultera avec fruit, dans l'ordre d'idées que je viens de présenter, un excellent travail fait sur les eaux du Cambodge par mon savant ami le Dr Foucaut (*Arch. de méd. nav.*, t. IV, p. 225). Il y verra que, même dans le cas où on adopterait la coutume de donner à la garnison de l'eau de mer distillée, le litre de liquide pourrait ne revenir qu'à 2 centimes ; et comme cinq litres par jour sont suffisants pour la ration d'un homme, il en résulterait pour l'État une dépense de 3 francs par mois par rationnaire, chiffre qui ferait économiser nombre de journées d'hôpital et qui éviterait mille chances de maladie et de mort.

Quant au traitement du tænia, il est assez uniforme au Sénégal. Après avoir essayé les divers tænifuges, on s'est arrêté au cousso. J'ai employé la racine de grenadier, la graine de citrouille ; mais en définitive, ces médicaments sont d'un prix plus élevé que le cousso, de sorte qu'ils sont employés exceptionnellement.

Dans les hôpitaux du Sénégal, on donne en général une portion d'éther à 4 grammes à l'individu qui demande à être débarrassé de son tænia. Cette potion est suivie, douze heures après, d'une dose de cousso, qui est de 25 grammes en général. La grande répulsion qu'ont les sujets pour avaler cette poudre délayée dans l'eau m'a fait adopter la coutume de la leur faire absorber en bols roulés dans du pain azyme ou du papier à cigarette. De cette manière la nausée est moins fréquente. Douze heures après avoir avalé le cousso, on prescrit un purgatif d'huile de ricin émulsionnée : huile de ricin, 30 à 60 gr.; alcoolé de menthe, 10 à 15 gr.; eau sucrée, 60 à 90 gr. Agiter au moment de le prendre.

Le malade a gardé la diète depuis le moment où il a pris la potion éthérée, et très-généralement l'entozoaire est expulsé. On peut ordi-

nairement trouver la tête du ver si on y met quelque attention, et la guérison pourrait être espérée si on était dans un pays autre que celui qui nous occupe; mais ici l'action incessante de la cause a bientôt reproduit la maladie.

Nous devons signaler quelques autres tænifuges afin qu'on puisse, dans certaines circonstances, débarrasser un sujet de son parasite, qui aurait résisté au cousso, ou plutôt dans le cas où cette substance ne serait pas à la portée du médecin : la poudre de fougère mâle à la dose de 4 à 12 grammes tous les matins pendant quatre jours, suivie la dernière fois d'un purgatif huileux, a réussi maintes fois (remède de Mme Nouffer).

La décoction froide de la poudre de fougère, additionnée de 4 gr. d'éther sulfurique, prise pendant trois ou quatre jours de suite, le matin à jeun, a donné de bons résultats.

L'huile essentielle de térébenthine à la dose de 20 grammes, émulsionnée avec 100 grammes d'huile d'olive et 500 grammes d'alcool de menthe, a été préconisée surtout par les Anglais, et peut donner de bons résultats. Son emploi est très-désagréable au goût; mais cependant, en le continuant pendant quatre jours, en l'accompagnant de la potion éthérée et des purgatifs huileux, on arrive à éliminer l'entozoaire.

Nous avons cité la graine de citrouille, qu'on emploie sous forme de pâte aromatique à la dose de 60 à 120 grammes, et nous pouvons ne pas insister davantage. Disons que, si on a fait avec soin le traitement, on expulse généralement le tænia que l'on a actuellement dans l'intestin, mais que la cause persistant, on voit trop souvent réapparaître bientôt de nouveaux cucurbitins, qui sont considérés comme la preuve de l'insuccès de la tentative thérapeutique, alors qu'ils ne sont que l'indice d'une rechute.

On a préconisé contre le tænia l'acide phénique ou la créosote à la dose de 12 à 20 gouttes dans 125 grammes d'huile émulsionnée de glycérine et même d'eau gommée. Je n'ai jamais eu l'occasion d'essayer ces agents.

Je ne parle pas de l'étain (remèdes de Fouquier, de Kutlinger, de Dupuis, etc., etc.) ; son efficacité est extrêmement douteuse et probablement nulle.

MALADIES SPORADIQUES.

Les maladies sporadiques sont peu nombreuses et moins intenses en général au mois de mai en Sénégambie; les affections des voies

respiratoires diminuent et finissent par disparaître complétement; de sorte que, tant sous le rapport des maladies endémiques que sous celui des affections sporadiques, le moment est le plus favorable de l'année.

MALADIES CHIRURGICALES ET VÉNÉRIENNES.

Même chose à dire pour les maladies chirurgicales; les furoncles, l'ophthalmie, le filaire ne présentent pas l'intensité de nombre que l'on observera dans peu de mois. En un mot, ici comme pour les maladies précédentes, la situation mensuelle est à son minimum pour la fréquence et la gravité.

CONCLUSIONS POUR LE MOIS DE MAI.

On a dit assez souvent que le calme précède l'orage pour n'avoir pas à faire de nouveau la citation; et cependant le moment présent est en tout comparable à cette quiétude de l'atmosphère qui précède les grands bouleversements, moment favorable où toutes les maladies semblent bénignes, où les accidents les plus graves dans d'autres saisons semblent obéir dans une certaine limite à la thérapeutique, où la température, la brise, tout semble aider à la reconstitution des affaiblis et à la conservation de la santé. Il faut que le médecin prudent ne laisse pas échapper cette occasion de faire rentrer en Europe ceux qui n'auraient pas la force de lutter contre l'âpreté de l'hivernage; car il ne faut pas oublier que si, dans le moment actuel, la vie semble facile, je dirais même agréable, dans les régions sénégambiennes, dans quelques semaines à peine, la maladie s'abattra sur le pays avec une dureté effrayante; et si on n'a pas soustrait à son influence les valétudinaires, on peut dire: malheur à eux!

CONCLUSIONS POUR LA TROISIÈME PÉRIODE DE LA SAISON SÈCHE.

Les brises pré-estivales ont pour caractère, avons-nous vu, d'être peu intenses et d'une température très-douce; le ciel est uniformément pur, si nous en exceptons ce qui se voit dans les rivières du Sud; de sorte que, sous le rapport de la tranquillité de l'atmosphère et de la chaleur, la période actuelle est incontestablement très-agréable sur les rives du Sénégal et au Cap-Vert.

Dans le bas Sénégal, le chiffre des maladies paludiques est arrivé aussi bas que possible: 48 ou 49, et il restera ainsi au minimum jusqu'aux premières pluies. Les affections climatériques sont aussi

peu fréquentes que possible ; les maladies sporadiques elles-mêmes ne présentent pas un chiffre élevé : aussi avons-nous le total général le moins élevé de l'année 67.

Dans le haut pays, l'état actuel est aussi très-favorable, et l'espoir d'un prompt retour semble donner de nouvelles forces aux pauvres exilés depuis le dernier hivernage.

Dans les rivières du Sud enfin, la situation est aussi excellente au point de vue des maladies. En un mot, dans toute la Sénégambie, les Européens touchent au moment où leur santé est la moins menacée, et cet état se prolongera jusqu'aux premières pluies, moment où nous verrons reparaître, avec une intensité croissante, cette terrible influence paludéenne qui fait de la côte occidentale d'Afrique un des pays les plus malsains du globe.

COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE SUR LA SAISON SÈCHE.

La saison fraîche dont nous venons de passer les mois en revue est assurément plus favorable que l'hivernage sous mille rapports ; et si même nous n'avions pas eu à enregistrer des rechutes survenues sur des individus tellement affaiblis par l'hivernage précédent, qu'ils ne peuvent plus, pour ainsi dire, rester en santé et vivre même, nous aurions trouvé des chiffres de beaucoup inférieurs à ceux que le tableau suivant va nous donner.

Dans tous les pays de la Sénégambie, cette saison sèche est annoncée, avons-nous vu, par l'apparition des vents de N., de N.-E., d'E., qui viennent faire évaporer assez rapidement les surfaces marécageuses ; et comme en même temps la baisse des eaux fait rentrer les rivières dans leur lit, il arrive que bientôt le sol se dessèche de plus en plus, les végétaux ligneux perdent leurs feuilles, les plantes herbacées meurent et se réduisent en fétus, qui se désagrégent et se pulvérisent même bientôt sous l'action rôtissante des vents d'Est.

Bientôt le pays devient, avons-nous dit, aussi aride qu'il était fécond pendant l'hivernage ; l'eau, qui était partout en surabondance précédemment, fait défaut d'une manière absolue maintenant. Pendant ce temps, le ciel est constamment pur d'une manière très-remarquable ; c'est à peine si, le matin et le soir, il y a parfois un peu de brouillard ; les orages et les pluies sont des phénomènes extraordinairement rares.

Dans le bas pays et les rivières du Sud, la prédominance des brises de N. et de N.-O. fait que la température s'abaisse d'une ma-

nière assez régulière depuis décembre jusqu'à février, pour remonter de la fin mars au mois de mai. Les séries de vent d'Est y sont moins intenses et moins chaudes, ne suffisant pas pour élever la chaleur de l'atmosphère d'une manière continue.

Mais, en revanche, le haut pays se trouvant éloigné de la mer et n'étant défendu par rien contre les courants d'air qui parcourent les surfaces arides du Sahara et du pays de Ségou, subit plus vivement l'influence du vent d'Est. Ces vents d'Est ont, de décembre à mars et même avril, une telle prédominance, une telle persistance et une si fâcheuse intensité, que la température en est grandement influencée; et c'est au point que la saison sèche, qu'on pouvait appeler avec raison saison fraîche dans la basse Sénégambie, devrait, pour être dans le vrai, s'appeler saison chaude quand on parle du haut Sénégal.

Or, comme si l'on adoptait ces appellations, il y aurait une grande confusion dans l'esprit de ceux qui ne connaissent pas parfaitement le pays, il vaut infiniment mieux laisser tout à fait de côté ces dénominations de saisons chaude et fraîche, et n'appeler les semestres de l'année sénégalaise que des noms de saison humide, saison sèche.

Dans les rivières du Sud, les vents d'Est, quoique moins désagréables que dans le haut Sénégal, sont cependant beaucoup plus marqués que dans la région du Cap-Vert; la cause en est dans la proximité du Fouta-Djalon, qui, à cette époque de l'année, est très-aride, et se trouve balayé lui-même par de persistantes séries de vent d'Est.

Ce que nous avons dit déjà des maladies de l'hivernage nous permet de ne pas insister longuement sur les maladies de la saison fraîche; et, pour ne pas faire de double emploi, nous rappellerons d'un mot que les maladies épidémiques de la première catégorie : fièvre jaune, fièvre rouge, sont très-sensiblement plus rares que pendant la saison humide. Au contraire, la variole a une prédilection pour la saison sèche.

Le paludisme tend à diminuer dans le bas pays, et bientôt il est si faible, que l'exposant de la saison est à peine un peu plus du tiers des cas de l'année. Dans le haut pays, au contraire, la persistance des marécages, plus dangereux au moment de l'évaporation que pendant l'inondation, fait que le paludisme est un peu plus intense que pendant la saison humide.

Les rivières du Sud, quoique se rapprochant du bas Sénégal sous le rapport des proportions, sont, comme le haut pays, placées pen-

dant presque tout le temps sous l'influence très-directe de ce paludisme, tandis qu'en réalité les pays du Oualo, du Cayor et du Diander, c'est-à-dire la zone maritime de la Sénégambie, sont assez heureusement exempts ou à peu près de paludisme du mois de mars au mois de juillet.

Les maladies endémiques climatériques ont une fréquence et une gravité très-frappantes pendant la saison sèche; au début elles sont plus dangereuses même que pendant l'hivernage proprement dit.

Les maladies sporadiques, qui dépendent du refroidissement de l'atmosphère, sont naturellement plus fréquentes et plus dangereuses que pendant la saison humide, où les transitions de température étaient moindres.

Inutile de parler des maladies chirurgicales et vénériennes.

On se ferait une très-fausse idée de la salubrité de la saison sèche si on ne se souvenait pas que la première période est la plus chargée, plus chargée même que les périodes de l'hivernage proprement dit, et qu'à partir du 15 janvier dans les régions maritimes, ou de la fin février dans le haut pays, la santé publique s'améliore de la manière la plus favorable, au point que, dès le mois d'avril, on peut considérer la région comme très-convenablement salubre, alors que, depuis le commencement de la période des pluies, elle laissait tant à désirer.

Nous compléterons, en parlant de l'année entière, ce qui a trait tant à l'hivernage qu'à la saison sèche.

Si, après avoir parlé de la fréquence comparative des maladies, nous jetons un coup d'œil sur la mortalité pour nous rendre aussi exactement que possible compte des particularités de la pathologie aux divers moments de l'année, nous voyons que l'hivernage est, en somme, la saison pendant laquelle on meurt le plus au Sénégal, puisque nous trouvons le chiffre de 119 au total général; mais il y a bien des exceptions curieuses et imprévues de prime abord quand on entre dans la discussion des faits particuliers.

Les affections paludiques sont beaucoup plus dangereuses pendant l'hivernage; et la preuve, c'est que nous avons 142 morts pour 58 pendant la saison sèche. C'est qu'en effet toutes les atteintes présentent pendant cet hivernage une sévérité qu'elles n'ont pas dans l'autre saison.

Ainsi, par exemple, nous trouvons que pour la fièvre mélanurique il y a à peu près parité entre les deux saisons. La raison en est que cette fièvre est surtout une maladie de l'arrière-saison; de sorte que

si elle est plus fréquente pendant les derniers mois de l'hivernage, la mortalité se fait souvent après le mois de novembre et change ainsi les proportions.

Au contraire, la mortalité des accès pernicieux est plus grande pendant l'hivernage ; et comme cette maladie est une de celles qui parcourent le plus rapidement leurs périodes, on comprend que le chiffre des entrées devait être voisin ; en effet, il est de 162. Pourquoi les accès pernicieux sont-ils plus fréquents pendant l'hivernage ? Il n'est pas difficile d'y répondre, car nous nous souvenons de ce que nous avons dit de l'influence de l'insolation sur leur production.

Ajoutons à cela que l'hivernage est le moment où se font les voyages dans le haut fleuve, c'est-à-dire qu'un certain nombre d'Européens s'exposent plus largement et plus longuement à l'influence des miasmes fébrigènes. Il n'y a pas d'année sans accidents sous ce rapport, et rien n'est fréquent comme de voir des malheureux être sidérés pour ainsi dire, soit pendant leur voyage dans le haut pays, soit à leur retour, par les miasmes maremmatiques. Si on se souvient de ce que nous avons dit en parlant des accès pernicieux, à savoir qu'ils se produisent soit chez des individus intoxiqués de longue main et jouant le rôle de la dernière goutte d'eau qui fait déborder le vase, soit au contraire chez des individus qui se sont exposés trop brusquement aux miasmes paludéens et qui par exemple ont passé trop rapidement des bonnes régions de la zone tempérée aux mauvais pays de la Sénégambie ; on comprend que ces accès pernicieux doivent être trop fâcheusement fréquents.

Les affections endémiques climatériques sont un peu plus fréquemment mortelles, 106, parce qu'elles sont plus nombreuses et surtout plus graves : la preuve nous en est donnée par le chiffre de 7,4 p. 100 opposé à celui de la saison sèche qui est de 6,9 ; n'oublions pas de dire que le groupement en hivernage et en saison sèche est défectueux pour montrer la réelle léthalité des diverses périodes touchant la dysentérie et l'hépatite, car nombre de cas portés comme entrés pendant la saison humide ne succombent qu'en décembre et janvier et tendent à égaliser les chiffres pour l'œil, alors au contraire qu'ils devraient accuser davantage la saison chaude si une autre division de l'année était adoptée.

Les maladies désignées sous le nom de sporadiques saisonnières sont moins dangereuses en même temps que moins fréquentes pendant l'hivernage, la chose se comprend très-bien et nous n'avons

pas besoin d'insister davantage sur cette question de léthalité comparative des deux saisons.

COUP D'OEIL D'ENSEMBLE SUR L'ANNÉE ENTIÈRE.

Après avoir décrit en détail tous les mois et toutes les saisons sous le rapport météorologique comme sous celui des maladies, nous allons reprendre l'année entière à un point de vue synthétique pour achever de nous faire une opinion raisonnée sur son compte.

MÉTÉOROLOGIE.

Nous avons dit en commençant que pour des raisons qu'il est facile de comprendre : position géographique absolue et relative, la Sénégambie possède un climat particulier et qu'on ne trouve peut-être pas dans un autre point du globe; nous avons eu la confirmation de cette proposition, j'espère, par l'étude des diverses périodes de l'année et tout d'abord nous insistons sur ce fait que nous avons exprimé à plusieurs reprises dans le cours de la description des divers mois de l'année, à savoir, que c'est à tort qu'on appellerait les deux saisons qui partagent l'année d'une manière si tranchée au Sénégal : saison chaude et saison fraîche ; il faut, pour être exact, adopter les dénominations d'hivernage ou de saison humide et de saison sèche, pour ne pas jeter d'obscurité dans l'esprit de ceux qui n'ont pas une habitude certaine des allures du climat sénégambien.

L'année météorologique présente au Sénégal deux saisons parfaitement tranchées qu'on peut opposer l'une à l'autre dans toutes leurs particularités presque, et qui font précisément la physionomie particulière de ce climat; disons d'abord un mot de chacune d'elles pour établir définitivement leurs différences. Nous parlerons collectivement des douze mois du cycle solaire après cela.

HIVERNAGE.

Ce qui caractérise l'hivernage au Sénégal, c'est, ainsi que nous le montre le Dr Borius, une grande humidité, des vents faibles et variables, une température moyenne élevée ayant de faibles oscillations, une dépression barométrique sensible, d'abondantes pluies et des orages entraînant rapidement des inondations locales et générales.

Il est probable que toute l'Afrique centrale comprise dans l'intervalle des tropiques présente la même caractéristique pour cet hivernage, mais nous bornerons notre dire au triangle sénégambien, ne nous servant des indications sur la météorologie données par M. Quintin pour le pays de Ségou (bassin du haut Niger) qu'à titre de mémoire et pour corroborer, pour ainsi dire, la réalité de ce que nous avons observé dans le bassin sénégambien.

On sait que le Dr Quintin, médecin de la marine, qui a accompagné Mage dans son voyage à Ségou-Sikoro, a fait sa thèse (*Thèse de Paris*, 1869) sur la climatologie médicale du haut Niger. Nous trouvons, dans le travail de ce hardi voyageur des documents très-intéressants et que nous n'avons pas encore fait intervenir dans notre étude pour la raison que nous aurions craint de sortir de notre cadre en généralisant trop nos descriptions de la climatologie sénégambienne, mais que nous pouvons utiliser maintenant en jetant un coup d'œil synthétique sur la question.

La moyenne de la température, qui est de 27° dans le bas pays voisin de la mer, pendant l'hivernage, est à peine élevée d'un degré en plus dans les pays de l'intérieur (Borius), de sorte que toute la contrée tend à se mettre en équilibre thermométrique non-seulement autour de la moyenne de 27°, mais encore d'un point à un autre, soit que l'on observe le point sur le littoral, soit que l'on regarde ce qui se passe dans l'intérieur des terres. Ceci est vrai pour tout le bassin du Sénégal et des rivières qui naissent sur le versant ouest du Fouta-Djalon; mais il faut se souvenir que la température reste plus élevée dans le bassin du haut Niger, car d'après M. Quintin, la moyenne de l'hivernage à Ségou-Sikoro serait de 29°,4, détail qui nous prouve davantage que l'influence du voisinage de la mer se traduit pendant l'hivernage par un abaissement sensible de la température.

Les pluies sont un peu plus hâtives dans l'intérieur que sur le littoral, probablement à cause du voisinage des montagnes du Fouta-Djalon sur lesquelles il tombe certainement beaucoup plus d'eau que sur le bas pays.

L'hivernage commence à Gorée quelques jours avant et finit quelques jours après relativement à Saint-Louis, condition qui, s'observant aussi dans les rivières du sud relativement à Gorée, nous montre l'influence de la latitude.

Le mois le plus chaud de Saint-Louis est septembre, celui de Gorée et des rivières du sud est octobre. Cette particularité et la

précédente nous montrent que, tandis qu'à Saint-Louis nous avons un hivernage et une saison sèche à allures parfaitement tranchées, nous voyons, en descendant vers le sud, le vestige de ces deux saisons intercalaires qu'on observe à la Côte-d'Or et au Gabon et qui a fait partager dans ces contrées l'année en quatre portions sous les noms de petite saison sèche, grand hivernage, grande saison sèche, petit hivernage.

Quoique nous ayons des renseignements très-incomplets sur les pluies du haut pays, nous pouvons admettre, je crois, qu'il y a environ 45 jours de pluie par année moyenne, alors que le chiffre du littoral est de 33, et que la quantité d'eau tombée est de 600 à 650 millim. cubes, alors que le chiffre du bas pays est de 532 millim. cubes. Le D[r] Quintin a fourni dans sa thèse inaugurale des chiffres qui nous permettent d'établir le tableau suivant du nombre de jours de pluie en 1864-65, à Gorée, à Saint-Louis et à Ségou-Sikoro :

Nombre des jours de pluie pendant l'hivernage (1864-1865) *dans le bassin du Sénégal et à Ségou* (*Haut-Niger*).

MOIS.	GORÉE.	SAINT-LOUIS.	SÉGOU.
Mai	»	»	3
Juin.	2	»	8
Juillet.	7	10	11
Août.	15	15	14
Septembre.	3	10	4
Octobre	1	3	4
Novembre.	1	»	1
Total.	29	38	45

Bien que ces chiffres soient peu concluants pour la raison qu'ils portent sur un temps trop court d'observation, ils ne sont cependant pas sans intérêt pour nous, et, en effet, ils nous permettent au moins d'inférer déjà, avec quelques chances d'exactitude, qu'au commencement et à la fin de l'hivernage les orages sont des accidents locaux n'entraînant la pluie que dans un point assez restreint. C'est ainsi que nous voyons en mai trois jours de pluie à Ségou, quand il n'y en a ni à Gorée, ni à Saint-Louis; en juin, il y a deux jours de pluie à Gorée, et huit à Ségou, sans qu'il en tombe une fois à Saint-Louis; en octobre, nous voyons au contraire un jour de pluie à Gorée pour trois à Saint-Louis et quatre à Segou ; en novembre, c'est bien plus, puisqu'il y a un jour de pluie à Gorée, à Ségou et pas du tout à Saint-Louis.

En revanche, les pluies du mois d'août sont beaucoup plus étendues; elles sont pour ainsi dire générales, puisque nous avons, pour les trois pays précités, les chiffres de 15, 15, 14; celles de juillet se rapprochent de cette allure : 7, 10, 11. Aussi peut-on en inférer peut-être qu'il y a, du 20 juillet au 10 septembre, une période de 60 jours pendant lesquels le ciel est couvert ou serein d'une manière bien uniforme dans toute la contrée qui nous occupe :

« La thèse de M. Quintin complète bien les données que nous avons sur la météorologie du haut et bas Sénégal; elle nous montre si clairement que, dans le haut Niger, les choses se passent d'une manière très-analogue, que nous rapportons textuellement ce qu'il en dit pour mieux le faire apprécier:

« La saison d'hiver s'étend de novembre à la fin de février. Pendant cette saison qui n'a d'autre rapport avec l'hiver de nos climats que le nom qu'elle porte, la température est délicieuse bien qu'encore assez élevée, puisqu'elle monte à + 30. Les nuits sont fraîches, les rosées abondantes, mais nous n'avons jamais vu de gelées blanches; cette fraîcheur des nuits se fait sentir jusque dans les habitations, en général mal closes, et concourent puissamment aux affections thoraciques si connues alors chez les indigènes.

« La saison qui succède est celle des chaleurs; elle se continue jusqu'à la fin de mai. Pendant son cours, le soleil des tropiques brûle de tous ses feux et répand une si vive lumière que l'œil est ébloui et peut à peine en supporter les reflets éclatants; le ciel est pur et sans nuages, la verdure disparaît entièrement pour faire place à une teinte jaune-paille que revêtent toutes les plantes; les arbres se dépouillent, pour la plupart, de leur feuillage flétri et desséché; la terre se fendille et s'entr'ouvre; dans beaucoup d'endroits les marais se déséchent, le Niger lui-même qui roulait naguère ses eaux majestueuses se réduit à un simple ruisseau, et l'homme contraint de rester tout le jour enfermé dans son habitation où il souffre encore de la chaleur excessive et de la transpiration abondante qu'augmentent les calmes les plus accablants, appelle à grands cris la saison des pluies.

« L'hivernage dure jusqu'au mois de septembre, le premier effet des pluies est d'abaisser la température; l'état du ciel presque toujours chargé de nuages, la direction des vents qui du N.-E. ont passé au S.-O., n'arrivant plus à Ségou qu'après avoir traversé des airs humides, ont une grande influence sur la diminution de la chaleur. La végétation acquiert rapidement une activité surprenante et l'ha-

bitant se réjouit du bien-être apporté par la nouvelle saison. A mesure que celle-ci s'avance, et jusqu'au mois d'août, les pluies augmentent et la température diminue.

« Dans la saison qui suit et qu'on peut comparer à l'automne, on observe encore quelques pluies, mais elles finissent bientôt et le thermomètre reprend rapidement sa marche ascendante, de légères brises du Sud modèrent cette ascension, et cette saison, la plus courte de toutes, précède la saison d'hiver qui, comme nous l'avons déjà dit, commence en novembre. »

Voici d'ailleurs, pour mieux fixer les idées, un tableau dressé par le Dr Quintin à Ségou-Sikoro :

TABLEAU de la météorologie de Ségou (1864-1865) *par le Dr Quintin.*

MOIS	TEMPÉRATURE			VENTS DOMINANTS	FORCE DE CE VENT	Nombre de jours de pluie	ÉTAT DU CIEL
	Moyenne	Minima	Maxima				
Janvier.....	27.1	19.3	32.2	N.-E.	Petite brise	»	Sans nuages
Février.....	28.2	20.3	33.3	—	Fraîcheur	»	—
Mars.......	31.2	23.6	35.9	—	Calme	»	—
Avril.......	32.4	26.3	36.2	—	—	»	Circ.-Cum.
Mai........	34.7	29.1	38.2	N.-E. S.-O.	—	3	—
Juin.......	31.5	26.7	34.7	S.-O.	Fraîcheur	8	Cum.
Juillet......	29.1	25.0	31.7	—	—	11	Cum.-Nimbus.
Août.......	26.7	24.8	31.1	—	—	14	—
Septembre..	29.7	23.2	34.2	S.	Petite brise	4	—
Octobre....	30.0	23.1	35.0	S. N.-E.	Jolie brise	3	Circ.-Cum.
Novembre..	29.7	22.2	34.6	N.-E.	—	»	—
Décembre..	26.2	19.2	30.7	—	—	»	Sans nuages

SAISON SÈCHE.

La saison sèche ne présente pas cette uniformité que nous avons reconnue à l'hivernage suivant les divers points de la Sénégambie; aussi, tandis que les mois de décembre, janvier et février sont assez analogues, partout les mois de mars, avril et mai sont très-différents selon qu'on les observe sur le littoral ou dans l'intérieur des terres.

La sécheresse est la caractéristique assez accusée de toute la saison pour pouvoir imposer sa qualification à cette partie de l'année; les pluies font absolument défaut, la moyenne hygrométrique est très-abaissée relativement à l'hivernage, les vents soufflent avec une régularité extraordinaire du N. à l'E., ne passent au N.-O. que dans quelques points très-circonscrits au voisinage de la mer.

Tandis que nous avions une température voisine de 27° pendant toute la saison d'hivernage et dans tous les points de la Sénégambie, nous ne pouvons donner une température moyenne de la saison sèche commune à toute la contrée, car sur le littoral, cette moyenne est 20°,4 (Borius), tandis que dans l'intérieur, et prenons Bakel pour type, la saison sèche se subdivise en deux parties : la première moitié ayant 25°,9, la seconde 32°,2. Nous renvoyons à l'étude de notre savant ami pour les détails de ces différences. Nous dirons seulement que, sur le littoral, toute la saison sèche est agréable, tandis que dans l'intérieur, à un trimestre relativement froid, succède un trimestre très-chaud; les pays intermédiaires comme situation à Baket sont intermédiaires, ainsi sous le rapport de la température; leur premier trimestre de la saison sèche ressemble assez à ce qui se passe dans toute la contrée, le grand trimestre a des oscillations qui se rapprochent, tantôt de la moyenne de Bakel, tantôt de la moyenne du littoral.

A Ségou, on voit les mêmes allures climatériques avec une augmentation notable de la température moyenne ; en effet, pendant la première partie de la saison sèche, il y a 32°,1 en moyenne et pendant la seconde, il y en a 36°,8. Voici d'ailleurs un tableau qui fera saillir davantage les dissemblances de la température des divers points de la contrée.

Tableau de la température de la saison sèche sur le littoral, le Haut Sénégal et le Haut Niger.

	LITTORAL.	HAUT SÉNÉGAL.	HAUT NIGER.
Trimestres de novembre, décembre, janvier. . .	20°,4	25°,9	32°,1
Trimestres de février, mars et avril. . . .	20°,4	32°,2	36°,8

La moyenne annuelle de la température est de 5° plus élevée à Bakel qu'à Gorée, ce qui montre qu'à mesure qu'on s'avance dans les terres, la chaleur est beaucoup plus forte au Sénégal, et ce qui nous donne la mesure de l'action rafraîchissante qu'exerce la mer sur le littoral sénégambien, c'est surtout la différence de température de la saison sèche qui fait la dissemblance ; car, pendant l'hivernage, il n'y a guère que 1 à 2 degrés d'écart, tandis que, dans la saison sèche, il y a jusqu'à 8°,5. Les chiffres que nous fournit M. Quintin donnent pour moyenne annuelle à Ségou (13°,32 lat. N. — 8°,26 long. O.), 29°,7, de .

sorte qu'on pourrait dire qu'au delà d'une certaine limite la température n'étant plus influencée par la mer est à peu près la même pour la même latitude.

On pourrait d'après le Dr Borius diviser l'année à Bakel en trois portions inégales : une de trois mois, décembre, janvier, février s'appellerait la saison *sèche et froide;* l'autre, de mars, avril et mai, s'appellerait la saison sèche et très-chaude; la troisième composée de six mois, serait la saison humide et chaude.

A Bakel l'abaissement de température se fait très-brusquement à la fin de la saison d'hivernage, le fait se comprend très-facilement en songeant au facile refroidissement de la surface du Sahara sur lequel passent les vents du N. et du N.-E., cette conductibilité extrême du sol soudanien nous explique pourquoi ces vents du N. à l'E. sont tantôt si chauds, tantôt si froids, suivant soit la saison soit l'heure du jour.

Les oscillations diverses du thermomètre sont plus fortes dans le haut pays que dans le littoral, et comme ces oscillations sont toutes choses égales d'ailleurs plus grandes dans la saison sèche que dans la saison humide, nous comprenons pourquoi à Bakel et à Médine il y a des journées étouffantes succédant sans transition à des nuits relativement froides.

Pour avoir une idée synthétique et sommaire de la climatologie de la Sénégambie, on peut se remémorer les conditions physiques dans lesquelles se trouve le pays et on comprend aussitôt très-bien les particularités qui caractérisent les diverses saisons : du Fouta-Djalon, comme centre et comme arête, part en s'inclinant en pente assez rapide d'abord, puis extrêmement faible, une étendue de terre alluvionnaire qui se dirige vers l'ouest jusqu'à l'océan, vers le nord jusqu'au Sahara, vers l'est jusqu'au centre de l'Afrique. Cette terre sablonneuse, très-meuble à sous-sol imperméable, salée dans une grande partie de son étendue n'est recouverte que par de rares arbres, et de plus ne présente pas de plis profonds de terrain, des coteaux, des vallons, c'est pour ainsi dire une immense plaine ne présentant rien à sa surface qui puisse abriter, dans une étendue quelque petite qu'elle soit, une végétation délicate, de sorte que le vent peut balayer et balaie en effet d'énormes étendues de pays sans rencontrer d'obstacles. Cette disposition fait qu'il n'y a pas de sources d'eau vive et douce dans le pays ; les eaux de la saison sèche proviennent uniquement de la pluie qui, tombée sur le Fouta-Djalon, ont rapidement gagné les portions déclives et se sont colligées en cours d'eau qui, comme le Sénégal, le Niger, ont tour à tour un débit considerable et très-minime.

Les rayons du soleil, venant par leur ardeur, aux mois de mars, avril et mai, échauffer le sol nu du Sahara, du centre de l'Afrique et même de la Sénégambie jusqu'au littoral océanien, y provoquent une raréfaction de l'air qui attire les couches aériennes de l'océan, lesquelles couches infiniment plus humides que l'atmosphère de la terre échauffée par le soleil se condensent et forment des orages dont la terminaison est une averse abondante, de sorte que tout à coup, au mois de juin environ, il pleut relativement beaucoup sur tout le pays.

Sous l'influence de cette pluie, les fleuves s'enflent, la végétation pousse avec une vigueur tout à fait tropicale et, en peu de semaines, transforme l'aspect du pays qui de sec et aride est devenu humide et plantureux; la pluie tombant en excès, les fleuves n'ayant pas une pente suffisamment rapide pour leur débit régulier, il s'en suit que des inondations se produisent çà et là à ce moment, et comme le soleil et l'humidité suffisent dans les pays tropicaux, pour donner naissance à un mouvement biologique très-énergique, il s'en suit que la région devient en peu de temps comparable, pour la végétation, aux pays les plus favorisés du monde.

L'humidité du sol, la nappe de verdure qui la couvre, ont mis bientôt le pays en concordance hygrométrique avec les environs et même la nappe océanienne, et le soleil ayant commencé à cette époque son mouvement de retrait, les pluies s'arrêtent. L'humidité est bientôt absorbée par la chaleur, d'autant que les fleuves baissent à vue d'œil dès que les pluies ont cessé, et les végétaux herbacés dépérissent rapidement, le sol se découvre, le rayonnement nocturne y est intense et provoque un froid relatif assez intense pendant la nuit, tandis que la conductibilité du sol n'étant pas entravée par la végétation, produit son échauffement excessif pendant le jour sous l'action d'un soleil qu'aucun nuage ne voile jamais. Sous l'influence de ces phénomènes les derniers vestiges d'humidité disparaissent, la végétation cesse d'une manière absolue et l'aridité des pays est bientôt exsessive. L'air se raréfie de nouveau peu à peu comme conséquence de ces phénomènes, et bientôt l'hivernage recommence, c'est-à-dire que nous avons parcouru un cycle solaire annuel tout entier.

Si les hommes et les animaux nés dans une région qui est soumise à de pareilles variations, ont l'admirable propriété de ne pas être facilement influencés par elles, on doit comprendre sans peine que les organismes habitués à d'autres climats, se trouvent très-mal au Sénégal, et, en effet, pendant les premières semaines d'hivernage, l'étranger se porte bien dans un pays où l'air est assez humide

sans excès, puisque la pluie n'est pas venue apporter encore une surabondance d'eau, dans une contrée où les vents sont doux et frais, où le sol ne fournit que des émanations modérées; mais dès que les pluies, l'inondation ont humecté les détritus organiques, il y a une première émission de miasmes délétères pour la santé.

Puis, quand la surabondance d'animaux et de végétaux mis en mouvement biologique par l'hivernage sont atteints brusquement par la cessation de la pluie qui leur fournissait les éléments d'humidité indispensables à leur existence, ils meurent prématurément pour ainsi dire, se décomposent vite et il en résulte une nouvelle émission de miasmes morbigènes, d'autant plus léthale pour l'étranger que la dureté de la saison, l'excès de la chaleur ont notablement affaibli son organisme et diminué sa puissance de résistance.

Ce n'est pas tout, l'influence de la malaria n'est pas la seule qui vienne fondre sur l'étranger pour avoir raison de sa santé. Aux chaleurs constantes et humides de l'hivernage, succède brusquement la brise de N.-E. de la saison dite sèche, froide à l'excès pendant la nuit, quelquefois très-chaude pendant le jour, de sorte que le corps passe par de brusques transitions du chaud au froid, du sec à l'humide et *vice versa*, plusieurs fois par vingt-quatre heures. Or, comme la chaleur de l'hivernage et la malaria l'ont notablement affaibli, il est exposé sans défenses à ces influences climatériques qui provoquent des oscillations intempestives de la circulation capillaire du dehors au dedans, et c'est l'intestin, le foie, le poumon ou la peau qui, à un moment donné, sont atteints dans leur fonction physiologique, c'est-à-dire que c'est une dysentérie, une hépatite, une affection aiguë ou chronique de la poitrine, un rhumatisme qui menacent perpétuellement le malheureux étranger obligé d'habiter le pays.

On comprend que sous de pareilles influences l'organisme européen ne se trouve pas à l'aise en Sénégambie, et nous admettrons désormais sans peine, j'espère, que la réputation de léthalité de son climat est parfaitement justifiée.

Le Dr Borius a terminé son remarquable travail sur le climat du Sénégal par les conclusions suivantes que je me plais à rapporter :

L'insalubrité d'un point quelconque du Sénégal augmente ou diminue très-régulièrement avec la température mensuelle.

D'un point à un autre de la colonie l'insalubrité varie, règle générale, proportionnellement aux températures moyennes de ces points.

L'ordre dans lequel se placent les divers postes relativement à leur insalubrité est le même que celui dans lequel se rangent les températures moyennes annuelles.

Les oscillations thermométriques mensuelles ou diverses ne présentent aucun rapport direct avec les maladies endémiques.

C'est une erreur que d'attribuer l'insalubrité du Sénégal (maladies ndémiques) à des variations de température qui sont plus faibles que celles observées en Europe et toujours très-faibles dans la mauvaise saison.

Les variations hygrométriques diurnes, malgré leur étendue, n'ont aucune relation directe avec les maladies endémiques.

Les maladies sporadiques chez les Européens et chez les indigènes sont au contraire en raison de l'étendue des variations de température et des variations de l'état hygrométrique.

De cette dernière proposition résulte la vérité de cet adage des indigènes : la pousse des feuilles du boabab (adansonia digitata) annonce la mort des blancs (hivernage) ; la chute des feuilles de cet arbre annonce la mort des noirs (saison sèche).

Les forts maxima de la température n'agissent sur la constitution médicale que lorsque leur fréquence est assez grande pour élever la température moyenne.

Les pluies aggravent l'insalubrité de l'hivernage, mais leur influence sur la constitution médicale est moindre que celle de la température (à Bakel et à Médine, l'hivernage est moins malsain que la saison sèche).

Les vents ont une influence considérable sur l'état sanitaire : cette influence varie selon l'exposition des localités sur le littoral, les vents d'O. sont les plus sains, c'est le contraire dans l'intérieur.

Les épidémies sont toujours extrêmement graves au Sénégal.

MALADIES.

Si maintenant, après avoir présenté en raccourci la caractéristique pour ainsi dire de la climatologie du Sénégal, nous voulons étudier d'une manière synthétique ses allures pathologiques, nous pouvons recourir tout d'abord au tableau 40, qui se trouve dans le 1er volume à la page 88, et qui nous donnera d'un coup d'œil un aperçu suffisant dans l'ordre d'idées que nous poursuivons. Ce tableau est composé de deux portions : une qui comprend les colonnes de 1 à 6 inclusivement, et qui a trait aux atteintes, l'autre qui va de la colonne 7 à la colonne 19e et qui s'occupe de la mortalité.

Parlons d'abord de la première partie de ce tableau, nous verrons ensuite la seconde et en dernier lieu nous comparerons les atteintes

sous le rapport de leur nombre et de leur gravité, en étudiant les deux parties à la fois.

Dans ce tableau, je n'ai pas mis de chiffres aux maladies épidémiques, on comprend que ces chiffres n'auraient eu d'ailleurs aucune utilité réelle, car, si j'avais mis le total des malades et des morts des diverses épidémies, j'aurais faussé, il me semble, les idées touchant les maladies et la mortalité de l'année moyenne, tandis que si j'avais, au contraire, divisé les chiffres par 20, comme je l'ai fait pour les autres cas, la statistique portant sur 20 ans, j'aurais eu une moyenne tout à fait inutile à connaître, je crois, car les maladies épidémiques étant un accident pathologique, rien ne prouve que dans une autre période de 20 ans les mêmes chiffres seraient analogues à ceux-là, tandis qu'à moins de transformations profondes du sol et du climat du pays, ainsi que des mœurs et de l'origine des habitants, les maladies endémiques, sporadiques et chirurgicales seront probablement très-sensiblement dans les mêmes conditions de nombre et de gravité.

Au premier coup d'œil que l'on jette sur les colonnes 1, 2, 3, 4, 5, 6 du tableau précité, on constate, et cela d'une manière évidente, que la Sénégambie est une contrée éminemment placée sous l'influence paludéenne, et, en effet, quand sur 100 malades qui entrent à l'hôpital, vous voyez les affections paludiques être au nombre de 37, 42, 55, 79, 70, 92, il est impossible de nier l'influence malarienne, et même ajoutons l'intensité de cette malaria.

Si après avoir constaté cette influence paludéenne très-évidente, nous cherchons à comparer les diverses contrées entre elles au point de vue de ce paludisme, nous trouvons que le bas Sénégal est de beaucoup plus favorablement partagé que les autres; que les rivières du Sud sont, et de beaucoup, les plus entachées de paludisme. Il n'est pas difficile de se rendre compte des causes de cette situation respective. La basse Sénégambie est le pays le plus aride des trois pendant toute l'année. Son sol est desséché pendant un temps beaucoup plus long, de sorte qu'il n'est pas extraordinaire que son influence paludéenne soit moindre. Mais, si au lieu de rechercher le nombre, nous voulions étudier la gravité comparative des atteintes, nous verrions qu'elles diffèrent peu, sous certains points de vue, et qu'en définitive, on arrive un peu plus tôt, un peu plus tard, à la cachexie paludéenne et à la mort, soit qu'on reste dans le bas Sénégal, soit qu'on aille dans le haut pays, ou dans les rivières du Sud; dans les dernières contrées les atteintes atteignent plus rapidement le but, mais n'y arrivent-elles pas aussi sûrement dans la basse Sénégambie ?

Après cette influence paludéenne, que personne ne songe à contester, il faut ranger son action climatérique parfaitement évidente aussi, quoique semblant moins intense au premier abord, et nous voyons, en effet, que sur 100 malades admis dans un hôpital, la dysenterie et l'hépatite entrent pour 19, 17, 14, 10, 13, 3, suivant que nous observons la chose dans les diverses localités de la Sénégambie.

Il est donc incontestable, avec des chiffres pareils, que l'influence climatérique est puissante sur les corps et la santé des Européens transportés au Sénégal, et ici nous constatons qu'au contraire de ce qui se passait tantôt pour le paludisme, c'est le haut pays et les rivières du Sud qui sont en somme les moins mal partagés. Ces dernières surtout semblent jouir d'une immunité relative, puisque nous ne voyons que le 3 p. 100, quand à l'embouchure du Sénégal, il y a le 19 p. 100 des malades atteints au foie et à l'intestin.

Quelle est la raison de ces proportions si remarquablement différentes ? Il nous semble probable qu'elle est dans la différence profonde qu'il y a entre le climat des diverses localités de la Sénégambie au point de vue de l'humidité de l'air et des transitions brusques de température. En effet, dans le bas Sénégal où l'hygromètre oscille avec une si grande rapidité entre les degrés très-extrêmes, selon que la brise vient du désert ou de la mer, que la chaleur forte est souvent brusquement abaissée de deux ou trois degrés, il y a une tendance aux congestions hépatiques et aux irritations intestinales, qui fait que le 14 p. 100 des malades est atteint de ces affections. Dans le haut pays où ces conditions sont moindres, nous ne trouvons que 10 p. 100 d'atteintes, enfin, dans les rivières du Sud, où l'atmosphère est toujours chargée d'humidité et où l'influence des vents desséchants de l'Est est considérablement atténuée, nous n'avons plus que 3 p. 100, proportion véritablement très-faible.

Il faudra que l'on tienne désormais un très-grand compte de cette question de l'hygrométricité de l'air dans l'étude des conditions qui favorisent la production de l'hépatite, dans les pays tropicaux, il y a là, je crois, des influences plus puissantes que celle de la température elle-même, et si on avait, par exemple, le soin de comparer les divers pays de la zone tropicale sous le rapport de l'humidité de l'air et de la fréquence de l'hépatite, on arriverait peut-être à expliquer pourquoi des pays comme certaines parties des Antilles, le Gabon, la Guyane, la Cochinchine ne présentent que des proportions relativement faibles d'hépatite en même temps qu'une humidité atmosphérique peu variable, tandis que d'autres régions telles que le bas Sénégal, la côte tropicale de la mer Rouge, diverses

localités de l'Inde ont une si fâcheuse propension à la production des irritations du foie. Je ne puis pas insister plus longuement sur ce point dans une étude de la nature de celle-ci, je n'ai pu que formuler l'idée dont le développement appartient à une monographie sur l'hépatite des pays chauds.

Mais ce que nous pouvons dire dans tous les cas ici, c'est que, dans la basse Sénégambie, les affections intestino-hépatiques ont une fâcheuse fréquence d'une manière absolue, de sorte que les individus qui ont échappé au paludisme, et aussi ajoutons ceux chez lesquels le paludisme a atteint le degré chronique, la saturation, pourrait-on dire peut-être, tous bientôt obligés de payer un tribut de maladie qui ne manque pas d'être très-lourd, à la dysentérie et à l'hépatite. Ce que nous avons dit précédemment des changements brusques de de l'atmosphère réagissant sur le foie et l'intestin, nous permet de ne pas insister davantage actuellement.

De prime abord, il semble que l'anémie est plus fréquente dans le bas Sénégal, et si l'on n'y prenait garde, on tomberait là dans une très-grande erreur. Nous allons l'expliquer et il ressortira, au contraire, de ces renseignements que le haut pays et les rivières du Sud sont infiniment plus débilitants que la basse Sénégambie pour les Européens. Les chiffres ne peuvent nous servir ici; ils semblent même s'élever contre nous, et, cependant, en y réfléchissant un peu, on peut se ranger à notre manière de voir.

Il est incontestable que le séjour dans le haut pays ou dans les rivières du Sud anémie les Européens beaucoup plus profondément et beaucoup plus vite que la station dans la basse Sénégambie; il suffit de voir arriver un détachement de troupes de ces postes excentriques pour en avoir aussitôt la conviction bien arrêtée. On ne peut comprendre, en effet, bien souvent, que le malheureux aménique que l'on voit revenir était l'homme vigoureux et bien portant qu'on a vu partir quelques mois, souvent quelques semaines seulement auparavant. De deux soldats de la même classe, du même âge, du même convoi d'arrivée au Sénégal, celui qui a passé quelques mois dans ces postes éloignés est infiniment plus affaibli, même alors qu'il n'a pas été atteint de maladie aiguë et bien déterminée, que celui qui est resté en garnison à Saint-Louis ou à Gorée.

Mais les soldats qui sont en garnison dans le haut Sénégal ou dans les rivières du Sud, n'entrent pas à l'hôpital pour anémie seulement; ils y seraient tous, et à perpétuité, s'il fallait compter au passif de cette maladie tous ceux qui sont affaiblis; ils ne sont portés sur le rapport du médecin, que lorsqu'ils ont des accès de fièvre bien caractérisés ou tel autre symptôme actif de maladie, qu'on me

passe le mot; ce n'est donc qu'exceptionnellement que le titre anémie est donné à un état morbide, il faut que cette anémie domine d'une manière insolite et inhabituée la scène pour attirer plus spécialement l'attention. On comprend donc que dans le haut Sénégal il y ait 79 entrées pour fièvre quand il n'y en a que 2 pour anémie; que dans les rivières du Sud il y ait 92 fébricitants pour un anémique.

Au contraire, lorsque la garnison retourne au chef-lieu, certains soldats viennent se faire traiter à l'hôpital de cet affaiblissement extrême, non pas parce qu'ils ont contracté cette anémie dans le bas Sénégal, mais parce que c'est à ce bas Sénégal qu'ils aboutissent après leur période de service dans les postes éloignés. Voilà la véritable raison de cette disposition des chiffres, et on admettra, je crois, après ces explications, que pour approcher de la vérité, il faudrait admettre la proportion inverse comme l'expression de la vérité.

Nous devons aussi parler de la faiblesse absolue de ces chiffres, 4, 9, 4, 2, 2, 1 p. 100, qui ne manquera pas d'étonner ceux qui on entendu dire que le séjour au Sénégal est très-débilitant pour les Européens, et ici nous devons répéter que l'anémie est un état si commun, si général chez les individus de race blanche qui sont transportés en Sénégambie, que si on voulait exprimer la réalité on dirait que le 90 ou le 95 même p. 100 des individus qui ont passé un an à la colonie présentent les attributs de l'anémie.

Pourquoi alors avons-nous des chiffres aussi faibles que 4, 9, 4, 2, 2, 1 p. 100. La raison en est que dans l'immense majorité des cas, il existe, coïncidamment à l'anémie, un état morbide aigu, et spécialement la fièvre, la dysentérie ou l'hépatite, de sorte que l'anémique est porté à l'actif de ces maladies au lieu d'être imputé à cette anémie. On ne range en général dans cette catégorie que ceux qui se sont affaiblis sous l'influence du climat, sans présenter aucun autre phénomène morbide, que ceux qui ne pouvant s'acclimater finiraient par s'éteindre comme une lampe qui manque d'huile, ou un animal qui s'asphyxie par insuffisance d'oxigène, s'ils n'étaient pas renvoyés prochainement dans un milieu plus propice à leur existence.

Ces explications nous montrent, j'espère, et la raison de la faiblesse absolue des chiffres que nous venons de trouver, et leur proportion suivant les divers pays de la Sénégambie.

Les maladies sporadiques sont relativement peu nombreuses, puisque 15 p. 100 est le chiffre le plus élevé. Les maladies saisonnières de cette catégorie sont de leur côté peu nombreuses. Les maladies chirurgicales, les vénériennes présentent des chiffres peu

élevés, et c'est ici le cas de répéter ce que l'on a dit nombre de ois. On ne peut pas être porté malade à la fois pour deux maladies, telle affection interne, syphilitique, telle maladie externe, etc., etc., est considérée comme l'accessoire, et les soins principaux sont dirigés contre les affections endémiques qui dominent la scène et atteignent l'individu d'une manière infiniment plus ostensible.

Quant aux proportions différentes des maladies sporadiques chirurgicales et vénériennes dans les divers pays de la Sénégambie, nous en comprenons aussi facilement la raison, c'est au chef-lieu que convergent ces atteintes, il est naturel que ce soit là qu'elles sont le plus souvent signalées comme cause d'entrée à l'hôpital.

Tout ce que nous avons dit, et à maintes reprises, est bien fait pour nous montrer que les pays que nous avons appelés les rivières du Sud sont en définitive très-différents, tant au point de vue de la météorologie que sous le rapport des maladies de la Sénégambie proprement dite, et la chose se comprend aisément. En effet, de même qu'en jetant les yeux sur la carte, nous voyons que l'Afrique saharienne présente un cachet d'aridité et de sécheresse perpétuelles dont on a fait avec raison le type de ces espaces désolés qu'on a appelés les déserts. Que la portion du pays située au-dessous du cap Vert est un pays de végétation luxuriante et perpétuelle au contraire. Enfin, que l'espace compris entre le Sénégal et la Gambie est une zone de transition entre ces deux pays absolument différents et opposés. De même que nous savons que les pluies sont extrêmement rares et faibles dans le désert, presque incessantes dans le pays de la Côte d'Or, du golfe du Bénin, du Gabon, etc., etc. De même nous sommes porté à penser qu'il y a des différences de pathologie extrêmement sensibles entre ces diverses régions.

Or, ce que nous avons appelé les rivières du Sud, c'est-à-dire la Casamance et le Rio Nunès, sont à cinquante et cent lieues au sud de la Gambie, c'est-à-dire appartiennent déjà très-positivement à la zone africaine, qui jouit de la vigoureuse végétation et des pluies plus abondautes, nul doute, *a priori,* qu'elle ne présente des différences sensibles dans les maladies qu'y contractent les Européens. Je dois ajouter que l'expérience vérifie très-exactement cette présomption et, en effet, le médecin de l'hôpital de Gorée qui reçoit des malades du Sénégal et de ces rivières du Sud, constate entre eux des différences si grandes que le moins attentionné en est très-vivement frappé. Les hommes qui reviennent de la Casamance, du Rio Nunès, comme ceux qui reviennent de la Côte d'Or et du Gabon, ont un aspect qu'on ne peut méconnaître, et jamais on ne les confond avec ceux qui viennent de Saint-Louis et même du haut fleuve.

En un mot et pour en finir, disons que les allures pathologiques des deux contrées sont profondément dissemblables ; j'ajouterai même que si les postes du Sud n'étaient pas liés essentiellement à la vie politique et commerciale de la colonie, s'ils n'étaient pas appelés à prendre une extension de plus en plus importante dans l'existence de nos possessions Sénégambiennes, je ne me serais pas cru autorisé à parler de leurs maladies en même temps que je parle des maladies du Sénégal. Les rapprochements qu'on a été obligé de faire dans le cours de cette étude sont donc tout à fait artificiels au point de vue de la pathologie, et comme je me suis appesanti surtout sur les affections de la Sénégambie proprement dite, je puis déclarer ici que l'histoire précise des maladies de ces rivières du Sud est encore à faire. Dans le portrait que j'ai cherché à tracer, j'ai eu en vue la Sénégambie, celui qu'on fera pour la Casamance, le Rio-Nunès, etc., etc., aura beaucoup d'airs de famille avec lui, mais cependant, en différera assez notablement en certains endroits.

Si nous faisons abstraction de ce qui se passe dans les rivières du sud, nous voyons davantage la vérification de cette assertion que nous formulions tantôt en terminant ce qui a trait aux allures de la météorologie au Sénégal ; c'est qu'en dehors de l'action paludéenne qui domine tout, l'Européen est placé au Sénégal dans l'alternative ou l'imminence de la dysentérie et de l'hépatite d'une part, des affections pulmonaires et du rhumatisme d'autre part ; affections qui n'ont pas une égale importance sous le rapport de la fréquence relative des atteintes, mais cependant qui lui font courir de sérieux dangers, et qui tôt ou tard, souvent très tôt, viennent à bout de sa résistance vitale.

Passons maintenant à l'étude de la seconde partie du tableau 40, à celle qui a trait à la mortalité. Or, nous y voyons encore que le paludisme est la maladie grave en même temps que fréquente, et la preuve c'est que sur 100 morts nous avons, suivant les pays, les chiffres suivants : 19, 24, 66, 52, 58, 85 (col. de 7 à 12).

Mais le paludisme n'est pas la seule maladie très-dangereuse, si nous faisons cependant abstraction des rivières du sud où la dysentérie et l'hépatite semblent aussi bénignes que rares relativement, et nous sommes obligés de convenir que, dans le bas et le haut Sénégal, cette dysentérie et cette hépatite tiennent le haut bout à côté du paludisme, et la preuve c'est que nous trouvons sur 100 morts, 37, 28, 22, 30, 24 (col. de 7 à 11). Dans les hôpitaux de Saint-Louis et de Gorée même, nous voyons ces affections prélever un impôt plus lourd que le paludisme, 37, 28, contre 19, 24 (col. 7 à 8).

Un fait doit nous frapper ensuite, c'est la mortalité pour les affec-

tions sporadiques qui est de 30 à Saint-Louis, de 31 à Gorée, tandis quelle varie de 1 à 6 dans les autres localités, et nous devons attribuer cette divergence à deux causes facilement saisissables par l'esprit : d'abord Saint-Louis et Gorée sont les points où arrivent soit venant de France, soit venant des postes, les individus, de sorte que c'est là qu'ils subissent l'épuration, qu'on me passe le mot, de l'arrivée sous le rapport des influences morbides et que viennent succomber des malheureux qui avaient contracté la maladie sporadique ailleurs.

D'autre part, la garnison des postes étant restreinte, on a soin de n'y envoyer que des hommes vigoureux relativement, de sorte qu'il est rationnel que les maladies sporadiques soient observées plus rarement dans ces postes.

Il est deux autres raisons secondaires qui ont cependant leur valeur relative. C'est 1° que pendant qu'on a une maladie on n'en a pas une autre, et la fréquence des maladies endémiques doit réagir sur celle des maladies sporadiques ; 2° c'est que dans les postes le diagnostic est porté avec moins de précision par des médecins plus jeunes, de sorte que souvent on appelle fièvre des atteintes qui seraient caractérisées autrement dans les hôpitaux centraux.

Pour avoir une idée complète de la situation, il faut non-seulement avoir étudié les deux parties du tableau 40 qui indiquent les chiffres relatifs pour 100 malades ou 100 morts; mais il faut jeter un coup d'œil sur les proportions qui nous montrent la gravité relative des diverses affections.

Eh bien! à ce point de vue, nous sommes obligés de reconnaître que l'hépatite et la dysentérie, les maladies endémiques climatériques en un mot ont une gravité de 7, 1 p. 100 (col. 13), que n'a pas le paludisme dont le chiffre est 1,8, et nous voyons aussi saillir la léthalité des affections respiratoires et du rhumatisme qui emportent en moyenne les 8, 5 de ceux qui sont atteints.

Certaines maladies semblent *a priori* très-graves, la fièvre mélanurique, les accès pernicieux, l'insolation, la pneumonie et la phthysie. Je ne parle pas de quelques maladies épidémiques comme la fièvre jaune et le choléra, accidents éventuels sur lesquels il est inutile d'insister bien longuement ici.

En étudiant cette colonne 19 du tableau n° 40, on se fait une idée claire des chances que courent les Européens au Sénégal, et l'idée serait plus saillante encore si nous jetions un coup d'œil comparatif sur les proportions ou les chances d'atteintes des diverses maladies suivant les diverses classes d'Européens. Mais enfin, quoi qu'il en soit, on voit que les manifestations paludéennes graves, accès mé-

lanuriques, accès pernicieux, font courir d'immenses dangers; ils sont cependant d'une manière absolue heureusement assez rares, puisque le paludisme n'emporte que le 2 p. 100 des atteints. Au contraire, l'hépatite et la dysentérie ont une léthalité plus grande puisqu'elles emportent le 7 p. 100 de leurs malades, puis viennent les affections sporadiques saisonnières 8 à 9 p. 100, et nous sommes ainsi ramenés à cette formule qu'au Sénégal ceux que le paludisme n'emporte pas, sont menacés d'une manière à peu près égale et surtout assez sévère d'un côté par les affections du foie et de l'intestin, d'un autre côté par celles de la poitrine et celles qui tiennent au rhumatisme. D'ailleurs, il faut reconnaître que c'est là une vérité incontestable, et quel que soit le point où nous prenions la question, la tournure que nous donnions à la discussion, c'est toujours à cette conclusion que nous sommes ramenés par l'examen des faits.

DIVISIONS DE L'ANNÉE PAR TRIMESTRES.

C'est actuellement le moment de nous occuper des diverses divisions de l'année qui ont été proposées afin de compléter nos connaissances sur la salubrité relative de chaque moment du cycle solaire dans tel ou tel pays de la Sénégambie, et tout d'abord nous présentons le fractionnement par trimestres consacré dans les rapports officiels qui sont fournis depuis longues années par les chefs de service. Ce fractionnement par trimestre ne saurait être négligé, plutôt parcequ'il est employé d'une manière très-usuelle que parce qu'il a une utilité bien réelle dans l'étude des maladies du Sénégal. D'ailleurs répétons une dernière fois pour toutes qu'il ne faut pas oublier qu'au Sénégal les maladies observées tous les ans, trimestre par trimestre, mois par mois, semestre par semestre, etc., etc., se ressemblent assez pour qu'on puisse indiquer avec précision et assurance leur apparition et leur léthalité à tel ou tel moment du cycle solaire.

COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE SUR LE PREMIER TRIMESTRE.

Sous le rapport de la météorologie la division de l'année en trimestres ne présente pas une grande défectuosité, car les trois mois de janvier, février et mars sont assez comparables tant pour la température que la direction du vent ou l'hygrométricité de l'atmosphère. Mais il suffit d'avoir passé une année au Sénégal pour sentir toute son imperfection au point de vue des maladies, car des trois mois qui le composent, celui de janvier n'est en rien comparable aux deux suivants, tant sous le rapport du nombre que sous celui de l'intensité des diverses atteintes morbides.

Rappelons, pour éviter toute obscurité, que bien qu'il s'agisse de trois mois, nous supposons que le chiffre normal de la période se trouve être de 100; il nous a semblé que de cette manière nous nous rendrions plus facilement compte de la fréquence ou de la rareté relative des diverses affections.

Dans toute la basse Sénégambie, Saint-Louis, Gorée le bas Sénégal, le Cayor et les rivières du sud, le premier trimestre de l'année est sensiblement moins malsain que celui qui l'a précédé et plus chargé de maladies que celui qui va le suivre, nous en avons la preuve en mettant en saillie le chiffre total des tableaux, 21, 22, 23 et 24 pour les trimestres de l'année.

PAYS.	4e trim.	1er trim.	2e trim.	3e trim.
Saint-Louis.	126	70	62	136
Gorée.	147	83	76	96
Bas Sénégal	117	79	66	120
Cayor.	129	68	50	150
Rivières du Sud.	110	94	71	120

Les chiffres prouvent que sur le littoral, depuis le 15e degré de latitude N. jusqu'au 10e, les conditions de salubrité sont très-analogues, et bien que, comme nous le verrons tantôt, ce soit le paludisme qui dans les rivières du sud compense par sa persistance les maladies climatériques si fréquentes à l'embouchure du Sénégal, à cette époque les divers points du littoral sont comparables pour la salubrité publique comme ils le sont pour la température.

En revanche, le haut Sénégal fait exception dans le trimestre présent aux proportions générales de maladie, car nous avons en présentant les chiffres dans le même ordre que précédemment 113, 116, 84, 84.

Les chiffres que nous donnons là prouvent que l'amélioration ne fut pas produite; au contraire, que la maladie est à son maximum de fréquence et qu'elle tombera bientôt notablement dans le trimestre précédent pour ne remonter qu'au quatrième trimestre, c'est-à-dire avoir le même retard sur les autres localités.

Mais ces chiffres totaux donnent des résultats trop peu précis et, pour avoir tous les détails nécessaires à une saine appréciation de la question, il faut envisager successivement et comparativement les trois termes des maladies endémiques, paludiques, climatériques et des maladies sporadiques saisonnières. Nous allons en présenter les totaux dans l'ordre adopté tantôt. Seulement comme nous n'avons pas le détail des maladies sporadiques saisonnières pour tous les

postes nous nous servirons pour ces dernières, des chiffres de la bronchite.

Maladies endémiques paludiques.

PAYS.	4e trim.	1er trim.	2e trim.	3e trim.
Saint-Louis.	129	58	41	168
Gorée.	183	64	46	104
Bas Sénégal.	143	70	47	139
Cayor	133	62	37	163
Rivières du Sud.	111	90	70	133
Haut Sénégal.	112	115	84	84

Maladies endémiques climatériques.

PAYS.	4e trim.	1er trim.	2e trim.	3e trim
Saint-Louis.	145	82	60	112
Gorée.	108	94	87	94
Bas Sénégal.	115	88	94	97
Cayor.	152	89	70	86
Rivières du Sud.	82	101	139	78
Haut Sénégal.	140	115	73	68

Maladies sporadiques saisonnières.

PAYS.	4e trim.	1er trim.	2e trim.	3e trim.
Saint-Louis.	117	126	82	71
Gorée.	122	134	72	70
Bas Sénégal.	154	117	69	61
Cayor.	150	120	20	110
Rivières du Sud.	180	143	27	47
Haut Sénégal.	170	140	50	40

Eh bien ! sur tout le littoral sénégambien le paludisme a très-sensiblement diminué et nous verrons en parlant du second trimestre qu'il reste peu intense jusqu'aux premières pluies qui viennent avec le troisième trimestre. Mais dans le haut Sénégal ce paludisme persiste avec ténacité, il ne baissera que pendant le trimestre suivant. Même chose à dire pour les maladies endémiques climatériques, avec cette différence que tandis quelles diminueront encore pendant le trimestre suivant sur les bords du Sénégal, elles augmenteront dans les rivières du Sud.

Dans le haut Sénégal les maladies sont plus fréquentes dans le premier trimestre que dans le quatrième et dans la deuxième année que nous le montrent les chiffres précédents. Il y a une continuation d'activité très-évidente qui est due à l'intensité et à la persistance

des vents d'est qui embrasent l'atmosphère et prédisposent aux congestions viscérales d'une manière extrêmement fâcheuse. Lorsque le vent d'est cesse, la température se refroidit très-vite et beaucoup, cette oscillation thermométrique et hygrométrique a la plus fâcheuse influence sur le foie et l'intestin sains ou malades déjà.

Dans le bas pays, l'anémie diminue très-notablement puisque du quatrième trimestre au deuxième, nous avons 119, 73, 70. Nous en avons donné la raison en disant que les fraîcheurs remettent les individus en santé meilleure dans ce pays. La facilité des évacuations de malades fait que dans les rivières du sud, nous avons 80, 64, 80. Au contraire, l'obligation absolue de rester dans le haut fleuve jusqu'au mois de juillet ou d'août, par le fait de l'abaissement du niveau de l'eau, fait qu'on y observe la progression inverse, 126, 100, 112.

Les maladies sporadiques saisonnières sont sensiblement élevées encore pendant le premier trimestre, elles ne baisseront que dans les trimestres suivants plus chauds d'une manière absolue et dotés de moins d'oscillations brusques du thermomètre, et cela dans tous les pays de la Sénégambie, quels qu'ils soient.

Quant aux maladies chirurgicales dépendant du climat, ophthalmie, furoncles, vers hypodermiques, elles sont pendant le trimestre actuel à leur minimum de fréquence et d'intensité.

Nous avons dit tantôt que si la division par trimestres était assez naturelle sous le rapport de la météorologie, elle ne l'était pas sous le rapport des maladies ; il ne nous sera pas difficile de le prouver, nous n'avons pour cela qu'à mettre en regard les chiffres totaux des maladies endémiques : par exemple des mois de janvier, février et mars dans les divers pays de la Sénégambie (col. 1 à 6).

	S.-Louis.	Gorée.	B. Sénégal.	H. Sénégal.	Cayor.	Riv. du Sud.
Janvier.	80	88	82	125	74	104
Février.	59	63	67	105	66	86
Mars	56	76	72	115	58	81
Moyenne. .	70	83	79	116	68	94

Il ressort de cette comparaison que le mois de janvier est partout plus chargé que les mois de février et de mars, et tend à diminuer la différence qu'il y a entre l'arrière-mauvaise saison, c'est-à-dire les reliquats de l'hivernage et les mois réellement froids de l'année ; si nous présentons de la même manière les chiffres de la mortalité, nous trouvons que la différence est bien mieux accusée au moins pour Saint-Louis (col. 13, 14 et 19).

	Saint-Louis.	Gorée.	Moyenne.
Janvier	87	99	5,5
Février	53	85	4,5
Mars	44	98	4,2
Moyenne du trimestre. .	61	91	4,7

Gorée semble faire exception à la règle commune, mais si nous songeons que c'est là que viennent annuellement mourir quelques malheureux évacués trop tard de Saint-Louis, nous en connaissons la raison et nous voyons que l'exception n'est qu'apparente.

Finissons-en avec le premier trimestre, en rapportant textuellement quelques passages extraits des rapports de nos prédécesseurs.

« Au Sénégal, le premier trimestre de l'année (janvier, février, mars) compte pour l'un des plus sains et cela avec raison.

« En effet, à cette époque, les brises du N.-E. et du N. sont franchement établies. La moyenne thermométrique est relativement assez basse ; les nuits sont fraîches, souvent très-humides et la saturation hygrométrique de l'atmosphère par suite de la condensation des brouillards, recouvre le sol d'une véritable rosée bienfaisante, il est vrai, au point de vue de la végétation, puisqu'elle supplée au manque de pluie, mais qui, d'un autre côté, nous semble être une cause fréquente de maladies et particulièrement de dysentérie. On peut presque poser en principe que plus l'humidité des nuits est grande, plus le nombre de dysentérie est considérable. Pour nous, en effet, la cause première de la dysentérie est le refroidissement humide.

Lorsque l'hivernage précédent a été très-dur et s'est prolongé, le premier trimestre de l'année suivante présente encore au début l'empreinte de la mauvaise saison au point de vue des maladies : les fièvres sont fréquentes, assez graves encore, et à mesure qu'elles diminuent, on voit la dysentérie être plus fréquente ; elle est à cette époque assez généralement sous forme de diarrhée, les hépatites et les coliques se montrent enfin sous l'influence des changements brusques de température.

M. Thèse (1er trim. 1858) se basait là-dessus pour penser que la dysentérie est une manifestation de l'empoisonnement paludéen, opinion contraire à celle de la grande majorité des médecins qui ont dirigé le service du Sénégal.

M. Thèse (1er trim. 1858) disait que la dysentérie diminue de gravité dans le premier trimestre et que, si le chiffre des dysentériques est encore très-élevé à cette époque, c'est que les dysenteries de la

fin de l'hivernage sont devenues chroniques de sorte que, pendant le premier trimestre, la dysentérie aiguë est l'exception, la dysentérie chronique est la règle. Cette observation est très-juste et n'a pas été combattue, comme la précédente, par ses successeurs.

Sous l'influence des variations notables de température occasionnées par les vents d'est qui sont très-chauds le jour et très-frais le matin et le soir, les hépatites augmentent de nombre pendant le premier trimestre.

Pendant le premier trimestre, les accès pernicieux ne se montrent que très-rarement.

A la fin du premier trimestre, les changements brusques de température produisent des refroidissements qui se traduisent par de la diarrhée, de la dysentérie peu graves en général, de la bronchite ou un rhumatisme suivant certaines dispositions spéciales des individus.

On comprend que, sous l'influence de pareilles oscillations, des diarrhées, des bronchites se montrent fréquemment et même que les individus profondément impaludés soient repris de fièvre.

Les recherches du Dr Bel (1er trim. 1862) semblent prouver qu'on a autant de chance d'être atteint de dysentérie que d'être atteint de fièvre quand on arrive à Saint-Louis à cette époque, mais le plus exact est de dire que, pour peu qu'on se soigne à ce moment de l'année, on n'a ni l'une ni l'autre si on n'a pas été atteint précédemment.

COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE SUR LE DEUXIÈME TRIMESTRE.

Si nous avons trouvé déjà que la classification par trimestre est imparfaite quand on veut se rendre compte de la salubrité relative des trois premiers mois de l'année, nous devons ajouter que cette imperfection est plus saillante encore quand on étudie les trois mois du second trimestre et en effet, plus qu'ailleurs, nous voyons ici que tout d'abord, sous le rapport de la climatologie la division de l'année en trimestres ne permet pas d'entrer avec une grande précision dans l'étude des particularités que présente la Sénégambie, car le mois d'avril ne ressemble guère au mois de juin sous mille rapports. La température n'est pas la même; ainsi dans le bas Sénégal elle est sensiblement plus basse au commencement qu'à la fin du trimestre, parce que les vents d'est ont cessé de souffler en général au mois d'avril, et que les derniers coups de vents de la zone tempérée de l'océan ont influencé suffisamment l'atmosphère du littoral sénégambien pour qu'il y règne un frais

assez marqué, véritable froid relatif. Au mois de juin, au contraire, la brise est bien décidément établie dans la direction de l'ouest et du sud-ouest, de sorte que l'air qui est porté par elle a passé sur des régions assez échauffées par le soleil pour faire monter le thermomètre d'une manière bien marquée.

Sous le rapport de l'hygrométricité de l'atmosphère, il n'est pas possible non plus de comparer les mois d'avril et de juin, car au début du trimestre le voisinage sinon la persistance du vent d'est rend l'air extrêmement sec, tandis qu'au mois de juin les brises marines ont apporté une humidité extrême qui durera pendant tout l'hivernage.

Dans le haut Sénégal la comparaison n'est guère possible encore, car les vents d'est règnent au mois d'avril, les vents de la direction de l'ouest sont bien franchement établis au mois de juin et la température en a sensiblement baissé, au contraire de ce que nous avons constaté pour le bas Sénégal. En avril, une sécheresse absolue de l'atmosphère avait rendu le pays aride au delà de tout ce qu'on peut imaginer ; en juin, les bourgeons sont sur le point de s'épanouir et même sont déjà en activité bien marquée le plus souvent. En avril, pas une goutte de pluie n'est jamais observée ; en juin, on voit très-souvent deux ou trois abondantes ondées humecter le sol.

Dans les rivières du sud, il y a peut-être moins de différences, mais néanmoins par ce que nous venons de dire touchant le bas et le haut Sénégal, nous voyons que les conditions sont assez dissemblables entre les trois mois actuels, pour plaider éloquemment contre la division en trimestres.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire que, sous le rapport de la température, ce trimestre est assurément le plus agréable pour l'Européen, dans une contrée comme dans l'autre la chaleur n'est pas encore forte, le temps a jusqu'à la fin du mois de juin, en général jusqu'au commencement au moins dans tous les cas, une sérénité charmante et si la végétation ne faisait pas défaut d'une manière absolue, le séjour au Sénégal serait réellement charmant. On l'a dit avec grande justesse : au Sénégal, en regardant le ciel pendant le second trimestre, on éprouve un sentiment aussi délicieux que l'on ressent une impression désagréable en regardant la terre ; en effet, azur parfaitement pur du firmament, chaleur douce et modérée, brise peu intense, journées splendides, nuits délicieuses, voilà ce qu'on peut mettre à l'actif du pays, mais il faut ajouter hélas ! à son passif, sécheresse absolue du sol, disparition de toute végétation, absence d'eau douce, toutes particularités qui donnent à la terre

un aspect d'aridité et de deuil véritablement décourageant pour celui qui n'y est pas habitué depuis l'enfance.

Au point de vue des maladies, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître d'une part, que le second trimestre comprend des mois assez semblables les uns aux autres; d'autre part, que d'une manière générale nous sommes au moment le plus favorable de l'année. L'examen comparatif des tableaux (t. Ier, p. 16, 18, 20, 21, 22) nous en donne la preuve; ainsi par exemple, mettons comme précédemment en regard les chiffres totaux des mois d'avril, mai et juin (col. 1 à 6):

	S.-Louis.	Gorée.	Bas.	Haut.	Cayor.	Riv. du Sud.
Avril.	64	71	74	106	44	59
Mai.	57	75	61	71	46	65
Juin.	66	72	64	76	61	90
Moyenne du trimestre.	62	76	66	84	50	71

A l'exception du haut Sénégal qui est le dernier à se mettre à l'unisson, tous les autres ont, on le voit, des chiffres assez analogues.

L'inspection du tableau n° 22 (t. Ier, p. 52) est bien faite pour montrer que tout en ayant un fond commun de ressemblance, les divers pays de la Sénégambie présentent des différences notables; ainsi par exemple, le paludisme s'abaisse à plus de la moitié du chiffre normal dans la basse Sénégambie, tandis qu'il ne diminue que d'un quart ou d'un tiers dans le haut pays et les rivières du sud.

La dysentérie et l'hépatite se comportent d'une manière différente, ainsi elles sont de un cinquième au-dessous du chiffre normal dans la basse Sénégambie, tandis qu'elles sont de un quart au-dessous de ce chiffre dans le haut Sénégal. Au contraire, elles sont au-dessus du pair d'une manière assez notable dans les rivières du sud.

Enfin, les affections endémiques désignées sous le nom d'autres et dont l'anémie est la principale, sont presque au même niveau au-dessous de la moyenne dans le bas Sénégal et les rivières du sud, tandis qu'elles sont au-dessus de cette moyenne dans le haut Sénégal.

Sous le rapport des maladies endémiques, on peut dire que pour la basse Sénégambie il y a une diminution très-heureuse et très-marquée de toutes, qui ne dépassent pas la moitié du chiffre normal du mois, que dans le haut Sénégal l'anémie est l'affection prédominante du moment, tandis que dans les rivières du sud c'est

la dysentérie. Nous savons que l'anémie du haut Sénégal est rendue plus fréquente par l'impossibilité où l'on est de soustraire les sujets aux influences locales, de sorte que nous pouvons considérer qu'à un peu de paludisme près, le bas et le haut Sénégal se comportent de la même manière pendant le deuxième trimestre, tandis que les rivières du sud étant plus avancées dans la saison par leur position géographique, présentent une prédominance de la dysentérie et de l'hépatite que l'on n'observera le long du cours du Sénégal que dans le trimestre suivant.

Sous le rapport des maladies sporadiques et chirurgicales, nous voyons aussi que le second trimestre est très-favorable, et d'ailleurs, ce qui le prouve aussi surabondamment, c'est la partie du tableau qui est afférente à la mortalité et où nous voyons qu'à l'exception de la pneumonie et de la phthisie, les autres maladies sont très-au-dessous du chiffre normal. La situation présente justifie tout à fait la comparaison : du *calme avant la tempête*, qui a été faite bien souvent, et c'est qu'en effet nous allons voir bientôt les phénomènes atmosphériques être plus pénibles à supporter pour l'Européen, en même temps que les maladies deviendront plus nombreuses, en même temps que beaucoup plus graves.

En somme, la division par trimestre est assez défectueuse. Il est vrai que, si on n'envisageait que celui-ci, sans s'occuper des deux suivants qui présentent de trop grandes différences dans les mois qui les constituent, on pourrait, à la rigueur, l'adopter pour l'étude de la climatologie sénégambienne au point de vue des influences morbides qu'y rencontrent les Européens. Mais les différences s'accentuant davantage à mesure qu'on avance dans l'année, le mieux est de ne pas s'y rapporter d'une manière exclusive.

COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE SUR LE TROISIÈME TRIMESTRE.

Le troisième trimestre est beaucoup plus chargé en maladies que le second et la preuve c'est que nous avions, par exemple, au total général, les chiffres 64, 72, 66, 84, 51, 71, tandis que nous avons maintenant 112, 94, 123, 84, 163, 120. Ces chiffres se prêteraient à d'assez longues considérations, si nous n'étions limité d'une manière très-étroite par notre cadre.

Au point de vue de la météorologie, la division en trimestres est assez juste pour ce qui regarde la période actuelle, car nous avons pendant les mois de juillet, d'août et de septembre les mêmes phénomènes avec une intensité à peu près semblable. Il pleut dans chaque mois et souvent autant en juillet qu'en septembre; la chaleur

est assez uniformément la même et la direction du vent est toujours à l'ouest, variant du N.-O. au S.-O. d'un jour à l'autre, mais très-sensiblement dans la même aire si on prend la moyenne du mois.

Pour Saint-Louis et Gorée, il y a une augmentation sensible dans toutes les maladies, et la preuve c'est que nous avions pour les maladies paludiques 41, 47; pour les climatériques 65, 91; pour les endémiques en général 52, 63; pour les sporadiques 86, 85, et que nous avons actuellement 140, 105, 126, 118.

Pour le bas Sénégal, l'accroissement est également manifeste et il porte aussi sur toutes les maladies, ainsi les affections paludiques sont à 139, au lieu de 47; les climatériques sont à 97, au lieu de 87; les *autres* endémiques sont à 126, au lieu de 78; il n'est pas jusqu'aux maladies sporadiques qui sont montées à 106, au lieu de 86.

Pour le haut Sénégal les chiffres sont très-sensiblement les mêmes, ainsi nous avons, pour le 2e et le 3e trimestre, les chiffres 83, 84; à la ligne des fièvres, 84, 84; aux affections paludiques, 73, 69; aux affections endémiques climatériques, les accès pernicieux ont augmenté, 78, 176, la fièvre mélanurique aussi, 60, 140; ce qui nous porte à dire que bien que le paludisme n'ait pas augmenté encore comme fréquence, il s'est sensiblement accru comme intensité, et d'ailleurs la meilleure preuve que nous puissions en donner, c'est que la mortalité s'est accrue sensiblement.

C'est pendant le 3e trimestre qu'on voit ces atteintes aiguës. Accès pernicieux, dysentéries, qui enlèvent un individu qui paraissait bien portant, en quelques jours, presque en quelques heures, tandis que, dans le 4e trimestre, on ne voit guère mourir que des individus qui étaient prédestinés à l'issue funeste par de nombreuses rechutes.

Dans le haut pays, il y a une très-notable diminution dans le nombre des anémies, 112, 56, phénomène qui est dû à ce que, pendant ce 3e trimestre, on peut évacuer les malades du haut Sénégal sur Saint-Louis, tandis que dans les trimestres précédents la chose n'était matériellement pas possible. Cette évacuation des malades au moment qui nous occupe, le changement de garnison et la durée de séjour limitée à un an dans le haut fleuve, réagit notablement sur les chiffres de la statistique, et il faut y faire grande attention, si on veut se rendre un compte exact de la pathologie de ce pays, car on arriverait assurément à des résultats très-différents si la garnison de ces postes séjournait plusieurs années et pouvait être changée en partie dans le courant de l'année au lieu d'être relevée en totalité au mois de juillet ou d'août.

Pour les rivières du Sud l'augmentation existe puisque nous avons

aux fièvres 70, 136, aux maladies paludiques, 70, 133, de sorte que sous le rapport des affections dépendant de l'influence marécageuse, le pays est soumis à des conditions semblables à celles que nous trouvons dans le bas Sénégal.

Nous avons montré surabondamment déjà que l'accroissement du 3e trimestre est dû au paludisme qui augmente considérablement d'intensité dès que les premières pluies ont humecté le sol, et jusqu'à ce que toute humidité de la terre ait disparu ; nous verrons le paludisme jouer un rôle considérable dans la pathologie de la Sénégambie ; nous n'avons pas besoin d'insister davantage, je pense.

Dans les rivières du Sud, nous voyons les affections endémiques climatériques tomber de 127 à 79, et l'anémie, au contraire, monter de 80 à 200, du second au troisième trimestre; la cause en est pour les premières : que les transitions de température sont moindres, que l'eau de la Casamanse a charrié, depuis le premier trimestre, la majeure partie des détritus morbigènes, de sorte que l'influence paludéenne est restée plus prépondérante, étant mieux dégagée de l'influence climatérique qui attaquait directement l'intestin et le foie.

Pour l'anémie, nous voyons l'influence débilitante de la chaleur humide et celle du paludisme passé à l'état chronique, s'accuser d'une manière plus intense qu'auparavant.

Il y aurait mille considérations aussi importantes qu'intéressantes à faire ressortir de ce tableau, si nous n'étions limité par notre cadre, et si nous n'avions déjà fait, à l'occasion de chaque mois en particulier, une partie du raisonnement que nous aurions à faire ici; aussi me permettra-t-on de ne pas insister davantage, il aura suffi à la rigueur que je fournisse le tableau pour qu'on puisse faire toutes les comparaisons utiles dont on a ainsi les éléments sous les yeux.

Bornons-nous à dire que le troisième trimestre est le plus pénible pour le médecin, et si on pouvait renvoyer dans les premiers jours de novembre les individus qui ont été très-fatigués par l'hivernage, nul doute que ce troisième trimestre ne fût de beaucoup le plus chargé de malades et de mortalité.

Dans le troisième trimestre les accès paludéens sont souvent rémittents, c'est-à-dire que bien rarement le malade est dans la pyrénie complète.

Le troisième trimestre est particulièrement malsain à Sed'hiou, le Dr Touchard écrivait (3e trim. 1857) : sur 19 Européens je n'en puis citer un seul qui n'ait eu de fréquents accès de fièvre pendant le trimestre, et ce chiffre de 19 blancs a fourni 98 accès de fièvre, 3 fièvres rémittentes fâcheuses et 2 embarras gastiques fébriles.

Ajoutons pour mémoire que, pendant le 3e trimestre 1854, un soldat d'infanterie succomba à l'hôpital de Saint-Louis d'un charbon à la face, affection très-rare en Sénégambie où cependant la présence de grands troupeaux de bœufs devrait la faire observer plus fréquemment. Je ne connais, dans toutes les archives médicales de la colonie, qu'un second fait de ce genre survenu à Saint-Louis dans le 4e trimestre de la même année.

COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE SUR LE QUATRIÈME TRIMESTRE.

Le quatrième trimestre est un des plus fâcheux en Sénégambie, au point de vue de la santé, pour quelques localités, même c'est très-sensiblement le plus malsain ou au moins celui qui entraîne le plus de mortalité. Mais dans nombre de pays il y a dès la fin du mois d'octobre une amélioration telle de la situation que les chiffres totaux en sont influencés notablement. Cette raison est bien faite pour nous montrer que la division en trimestres de l'année pathologique est une mauvaise condition d'étude, car le mois de juillet est de beaucoup le meilleur dans la Sénégambie que les deux autres du troisième trimestre. Le mois de décembre ne ressemble pas au mois d'octobre sous le rapport du nombre et de la gravité des atteintes, de sorte qu'avec ces atténuations de part et d'autre on arrive à des différences peu sensibles d'une part, et qui, d'autre part, n'ont pas toute la portée qu'elles devraient avoir.

On a dit avec raison que le 4e trimestre est celui dans lequel il y a le plus de rechutes, et que c'est le cas où il est urgent de soustraire certains malades à l'influence pernicieuse du climat sénégalais.

Ce 4e trimestre est remarquable par le chiffre élevé des décès, c'est le moment où il y a le plus grand nombre de malades dans les hôpitaux, parce que, affaiblis par de fréquents accès de fièvre pendant l'hivernage, ils ont été la proie facile de la dysentérie aux premières approches de la saison froide et humide.

Les influences d'effluves marécageuses favorables à l'explosion des fièvres rémittentes, l'action directe sur les marais des rayons solaires perpendiculaires ou la réverbération d'un sol brûlant; l'inspiration d'un air imprégné de miasmes produits par la décomposition de substances végétales et animales produisent maintes fièvres pernicieuces ; les changements brusques de température, l'humidité tantôt chaude, tantôt froide, donnent naissance aux coliques sèches et aux dysentéries : telles sont les causes qui, jointes à un état cholérique très-développé, paraissent concourir le plus puissamment à la production de ces affections si graves et si com-

munes en même temps à la fin de l'hivernage, écrivait Salva en 1840, et pourraient écrire tous les médecins qui auraient à parler du mois d'octobre.

Nous avons eu, à maintes reprises, l'occasion de dire que la division par trimestre n'est pas toujours naturelle au point de vue de la météorologie; nous en avons une preuve ici, car le mois d'octobre est souvent celui pendant lequel la chaleur est le plus pénible. Le mois de décembre est souvent le moment le plus froid de l'année, de sorte, on le voit, qu'il n'est pas possible de formuler une caractéristique précise touchant la température de cette époque de l'année ; les vents soufflent de la partie de l'ouest, en octobre ; du N.-E., au contraire, en décembre. Les pluies se sont prolongées quelquefois jusqu'aux premiers jours d'octobre, elles font absolument défaut en décembre. On le voit donc, ces trois mois diffèrent essentiellement entre eux au point de vue de la météorologie.

Dans la basse Sénégambie, les chiffres des deux trimestres de l'année sont assez analogues, quant au total général, 123, 117, il y a même une légère différence en faveur du quatrième, mais remarquons qu'elle tient surtout à ce que dans le troisième les maladies chirurgicales et vénériennes ont été plus nombreuses : 3e trimestre 106, 131; 4e trimestre, 66, 111; au contraire, pour les autres catégories de maladies nous trouvons 139 paludiques, 97 climatériques, 111 de la 1re catégorie des endémiques, 126 de la seconde catégorie, 129 de toutes les maladies endémiques et 93 maladies sporadiques saisonnières, tandis que nous avons dans le 4e trimestre 143, 115, 136, 120, 145, 111, ce qui nous prouve irréfutablement qu'en définitive le 3e trimestre, tout dangereux qu'il était, ne peut cependant être comparé au 4e. Bien plus, si nous remarquons que la mortalité, qui était de 3, 8, est montée à 5, 7, toute hésitation, s'il y en avait encore, disparaît.

Pour le haut Sénégal nous avons les proportions suivantes dans les diverses catégories de maladies endémiques et sporadiques saisonnières:

Troisième semestre.	84	69	82	66	82	59
Quatrième semestre.	111	140	126	115	116	117

Ici les différences sont telles qu'il n'y a pas de commentaires à faire, un seul coup d'œil suffit pour fixer les idées.

Pour les rivières du Sud, nous arrivons en groupant les maladies de la même manière aux résultats suivants :

Troisième trimestre.	133	79	128	146	126	83
Quatrième trimestre.	110	82	110	125	110	130

A l'exception des maladies sporadiques saisonnières, c'est-à-dire des refroidissements qui ont très-considérablement augmenté, on voit, au contraire, que la saison s'est grandement améliorée, et en effet, la position géographique de ces rivières fait que la saison y est plus avancée d'un mois au moins, et alors le 4e trimestre n'y répond pas, à vrai dire, exactement au 4e trimestre du cours du Sénégal.

C'est tout à fait exceptionnellement que les maladies continuent à être fréquentes dans les rivières du Sud pendant le 4e trimestre, et le fait observé par le Dr Touchard, en 1857 (93 cas de fièvres sur 19 Européens), ne se reproduit pas fréquemment.

Il est intéressant de se demander si les proportions de maladies varient ou non suivant le trimestre en ce qui regarde la nature de ces maladies dans les divers pays ; ainsi dans le bas Sénégal nous avons au 3e trimestre, sur 100 malades, 60 maladies paludiques, quand nous en avons 64 dans le 4e trimestre, etc., etc. Voici les chiffres en regard pour les mieux apprécier :

Bas Sénégal, 3e trimestre. .	60	14	74	6	80	3
— 4e trimestre. .	64	13	78	7	84	4
Haut Sénégal, 3e trimestre. .	80	9	89	2	92	1
— 4e trimestre. .	77	13	91	3	94	2
Rivières du Sud, 3e trimestre.	91	3	94	2	96	1
— 4e trimestre.	92	3	95	1	96	2

On voit par ces chiffres que les allures pathologiques du climat sont très-semblablement les mêmes dans les trois pays du troisième au quatrième trimestre. Nous pourrions y voir aussi que la dysentérie est beaucoup plus fréquente dans le bas Sénégal, tandis que le paludisme proprement dit est sensiblement plus intense dans le haut fleuve, qu'il absorbe presque la pathologie entière des rivières du sud. Mais en dehors de cette dernière conclusion, nous avons par les chiffres mêmes de ce tableau une preuve que la division de l'année en trimestres est une mauvaise chose pour apprécier la situation pathologique de la Sénégambie à divers moments; en effet, nous venons de voir que la conclusion logique de la comparaison des trimestres est que l'allure pathologique est la même, puisque dans le bas Sénégal, par exemple, nous avions 60 affections paludiques et 14 hépatites ou dysentéries, alors que dans le 4e trimestre, il y a la proportion 64 pour 13; or nous avons vu, en parlant du mois de novembre et de décembre, que les affections dites climatériques, dysentérie et hépatite, sont sensiblement plus nombreuses à mesure que la saison fraîche commence à s'établir.

La conclusion à tirer de cela c'est qu'il ne faut pas prêter une trop aveugle créance à ces tableaux trimestriels, les tableaux bimensuels répondant aux diverses périodes que nous avons établies valent déjà sensiblement mieux, et surtout les tableaux mensuels sont infiniment plus vrais en même temps qu'ils accentuent mieux les différences.

DIVISION DE L'ANNÉE EN PRINTEMPS, ÉTÉ, AUTOMNE ET HIVER, D'APRÈS LA CLASSIFICATION DU Dr BORIUS.

Le Dr Borius, dans son travail sur le climat du Sénégal, a consacré une division trimestrielle un peu différente de la précédente, il fait commencer son premier trimestre, en trimestre d'hiver, au 1er décembre, ainsi de suite. L'importance du livre précité, qui a obtenu le prix de statistique de l'Institut (Académie des sciences) pour 1875, est telle que nous aurions laissé une très-regrettable lacune si nous n'en avions pas tenu compte; aussi avons-nous présenté déjà sous les n° 25, 26, 27, 28, une série de tableaux qui finiront sur les particularités qui ressortent de sa classification.

Cette division est plus propice que la précédente à certains points de vue et particulièrement pour ce qui regarde la météorologie proprement dite, il n'y a d'ailleurs qu'à parcourir le travail de notre savant camarade pour en avoir la preuve. Nous allons voir ce qu'il faut en penser au point de vue de la pathologique des divers moments de l'année.

Le 1er trimestre de la division de M. Borius, trimestre d'hiver, comprend les mois de décembre, janvier et février. Voici les chiffres totaux de ces trois mois qui vont nous montrer quelles sont les affinités et les dissemblances d'un mois à l'autre, suivant le pays.

	S.-Louis.	Gorée.	B. S.	H. S.	Cayor.	R. du Sud.
Décembre. . . .	99	118	106	121	94	109
Janvier.. . . .	81	94	84	124	75	107
Février.. . . .	62	70	75	107	68	89

On voit que, dans ce 1er trimestre, il y a une tendance à l'amélioration, du commencement à la fin, sous le rapport des maladies, et cela d'une manière assez régulière et bien ménagée. Saint-Louis et le Cayor sont en avance sur les autres points de la colonie, mais néanmoins les différences sont assez peu grandes d'un pays à l'autre et surtout du premier au second mois et de celui-ci au troisième, pour qu'on puisse considérer la division de M. Borius comme heureuse pour ce qui est du 1er trimestre.

Le second trimestre, trimestre de printemps, comprend les mois de mars, avril et mai, dont voici les totaux généraux :

	S.-Louis.	Gorée.	B. S.	H. S.	Cayor.	R. du Sud.
Mars.	67	85	78	118	62	85
Avril.	64	71	74	106	44	59
Mai.	57	75	61	71	46	65

Pour tous les pays, excepté le haut Sénégal, cette division est assez naturelle, car, comme pour le premier trimestre, nous voyons une amélioration graduelle bien ménagée. Mais il est incontestable que le haut pays ne présente pas la même gradation et nous voyons plus encore que par le passé, ici la vérification de cette assertion que nous avons émise que le haut pays est en retard sur le littoral pour l'amélioration à la fin de l'hivernage.

Le troisième trimestre, trimestre d'été, comprend les mois de juin, juillet et août, dont voici les chiffres totaux :

	S.-Louis.	Gorée.	B. S.	H. S.	Cayor.	R. du Sud.
Juin.	66	72	64	76	61	90
Juillet.	80	88	77	81	59	131
Août.	158	89	134	81	180	119

Ce troisième trimestre présente pour certains pays des oscillations très-marquées, tandis que pour d'autres, à savoir : Gorée et le haut Sénégal, il est au contraire composé de trois mois assez analogues. Les différences entre les divers mois sont telles pour beaucoup de pays, entre autres pour Saint-Louis, le Cayor et les rivières du Sud, que cette division trimestrielle ne peut donner dans sa moyenne une idée parfaite de la salubrité de la période dont elle porte le nom.

Le quatrième trimestre, ou trimestre d'automne, comprend les mois de septembre, octobre et novembre, en voici les chiffres :

	S.-Louis.	Gorée.	B. S.	H. S.	Cayor.	R. du Sud.
Septembre. . . .	169	111	170	90	211	111
Octobre	161	180	132	106	177	106
Novembre. . . .	119	144	114	113	118	116

Celui-ci est bien proportionné. Nous sommes en pleine mauvaise saison, tous les pays du Sénégal sont également malsains et la division est assez heureuse pour qu'un premier coup d'œil donne une idée complète de la situation.

La division adoptée par le Dr Borius est donc en somme bien imaginée, et d'ailleurs elle a l'avantage de répondre à un remar-

quable travail sur la météorologie de la Sénégambie; ainsi, bien que laissant à désirer, sous certains rapports, pour ce qui est des maladies, elle pourrait être adoptée sans de très-grands inconvénients; mais nous dirons tantôt que, comme les autres divisions trimestrielles, elle comprend, pour ce qui est de la pathologie, des périodes de temps trop longues.

Quoi qu'il en soit, ce travail du Dr Borius, que l'Institut a distingué, avons-nous dit, d'une manière extrêmement flatteuse pour son auteur, doit, à mon avis, servir de modèle et de guide aux médecins de la marine envoyés par les hasards du service dans les pays tropicaux.

C'est par des recherches comme celles-là, faites pour chacune de nos colonies séparément, qu'on arrivera à connaître les allures climatologiques de nos diverses possessions d'outre-mer. Ces études seront suivies d'un travail analogue à celui que je fais ici pour le Sénégal; c'est alors que, possédant les éléments suffisants, on pourra tenter, avec quelque chance de succès, de faire un livre d'ensemble sur les maladies des Européens dans les pays chauds — et ajouter quelque chose de nouveau à ce que nos savants prédécesseurs, Thévenot et Dutrouleau, ont écrit déjà.

DIVISION DE L'ANNÉE EN TRIMESTRES DE CRUE DES EAUX, DE DÉCROISSANCE DES EAUX, D'ARIDITÉ ET DE VÉGÉTATION.

Nous avons fait remarquer, au début de notre étude, que l'année pouvait être divisée de maintes manières, quand on étudie le climat du Sénégal et que les phénomènes atmosphériques comme ceux qui se passent dans la terre elle-même, sont en rapport et avec certains moments de l'année et avec certaines maladies et surtout avec la salubrité relative du moment.

La division en trimestres A. de la crue des eaux (août, septembre, octobre); B. de la décroissance des eaux (novembre, décembre, janvier); C. de l'aridité du sol (février, mars, avril); D. de la reprise de la végétation (mai, juin, juillet), est parfaitement naturelle, et quand on a habité la Sénégambie, on est obligé de convenir que ces quatre périodes sont assez distinctes et assez opposables l'une à l'autre, pour avoir le droit d'être choisies par celui qui veut se rendre compte du climat du pays, tant au point de vue de la flore, de la faune que de la nosographie.

Ai-je besoin d'entrer dans de longs détails pour prouver ce que j'avance. Quand vous voyez le sol aride et desséché d'une manière si absolue qu'il semble avoir été toujours désert et désolé, que vous

voyez les très-rares cours d'eau non-seulement réduits presque à néant, mais encore être tellement saturés de sel marin que leurs bords sont envahis de dépots cristallins, de chlorure, de sodium en maints endroits et qu'à quinze jours d'intervalle, vous trouvez une végétation exubérante, une inondation dont on n'a pas d'idée en Europe et qui est telle d'ailleurs que l'eau, de salée qu'elle était, est devenue parfaitement douce, vous ne pouvez vous refuser d'admettre qu'il y a eu une modification profonde.

Quand vous voyez un air frais, piquant même, de fraîcheur, succéder en deux ou trois jours à une atmosphère chaude et lourde; quand vous voyez les terres inondées depuis deux mois émerger avec rapidité et se dessécher bientôt sous maintes influences continuées, vous ne pouvez contester la nouvelle modification aussi profonde que la première, et remarquons qu'il me serait possible de donner au courant de la plume de nombreux points de dissemblance que je passe sous silence ici, les ayant fait ressortir suffisamment en d'autres lieux de ce travail.

Sous le rapport de l'influence exercée par la saison sur le corps et la santé des êtres animés qui vivent longuement ou transitoirement sur le sol de la Sénégambie, la différence n'est pas moins grande et encore j'aurais de longues pages à tracer, si je voulais présenter même d'une manière très-sommaire les différences et les oppositions.

Mais, sans entrer dans de pareils détails et pour nous en tenir exclusivement dans le champ des maladies auxquelles les Européens sont exposés, quand ils viennent séjourner plus ou moins de temps en Sénégambie, j'ai de nombreuses preuves à présenter pour justifier la classification que nous rencontrons ici, car les maladies sont grandement différentes quand on les observe en août, septembre et octobre, ou quand on les étudie en février, mars et avril, etc., etc., tant au point de vue du nombre des atteintes que de leur gravité.

La différence est telle que l'on voit les hôpitaux, presque vides à certains moments, être surchargés de malades à d'autres époques de l'année, et tandis que, pendant certains mois, les conditions sont assez favorables pour que la grande majorité des habitants n'ait pas à se plaindre sous le rapport des chances de maladie, pendant d'autres on peut dire que la santé, même passable, est l'exception, car n'oublions pas de dire que dans des époques qu'il est facile de spécifier, c'est-à-dire dans les plus mauvais moments de l'hivernage, ceux qui ne sont pas malades sont la très-grande exception. On fait son service tant bien que mal, le sentiment du devoir, l'habitude, le désir de se soustraire à soi-même, parfois, font que chacun remplit

les obligations de sa charge, mais si ceux qui vivent habituellement en Europe, ressentaient la dixième partie du malaise de ceux qui sont les plus vaillants au Sénégal, à ce moment, ils se coucheraient assez préoccupés, sinon effrayés des symptômes morbides qu'ils éprouvent.

Que de fois, à ces tristes moments, n'ai-je pas vu un factionnaire à son poste, un militaire au champ de manœuvre, un marin dans son embarcation, présenter des accidents de fièvre, d'embarras gastrique ou bilieux, de coliques, en un mot des diverses maladies endémiques du moment sans cesser d'accomplir la tâche de service qui lui est imposée; que de fois n'ai-je pas vu mes aides et moi-même subir les mêmes phénomènes pendant la visite du matin et du soir, soignant des hommes qui n'étaient pas plus sévèrement atteints que nous et alors qu'il eût été peut-être très-difficile à un étranger de déterminer lequel dans le groupe était le malade ou le médecin.

Le premier trimestre, ou trimestre de l'aridité du sol comprend les mois de février, mars et avril, dont voici les chiffres totaux :

	S.-Louis.	Gorée.	B. S.	H. S.	Gayor.	R. du Sud.
Février	62	70	75	107	68	89
Mars.	67	85	78	118	62	85
Avril.	64	71	74	106	44	59

Nous voyons ici, sauf la différence qu'il y a entre le haut pays et le littoral, que les trois mois sont assez semblables dans toutes les localités et à tous les moments sous le rapport des maladies. Nous sommes incontestablement dans la bonne saison d'une manière bien animée et bien régulière.

Le second trimestre, trimestre de végétation, comprend les mois de mai, juin et juillet, dont voici les chiffres :

	S.-Louis.	Gorée.	B. S.	H. S.	Cayor.	R. du Sud.
Mai.	57	75	61	71	36	65
Juin.	66	72	64	76	61	90
Juillet.	80	88	77	81	59	131

Si nous comptons les rivières du sud qui sont en avance au dernier mois sur les autres pays nous trouvons ici encore une égalité assez grande entre les divers pays et les divers moments.

Le troisième trimestre, ou trimestre de la crue des eaux, comprend les mois d'août, septembre et octobre, dont voici les chiffres :

	S.-Louis.	Gorée.	B. S.	H. S.	Cayor.	R. du Sud.
Août.......	158	89	134	81	180	119
Septembre....	169	111	170	90	211	111
Octobre.....	161	180	132	106	177	106

Dans ce trimestre il y a deux exceptions, c'est Gorée qui est en retard d'un mois pour l'insalubrité et le haut Sénégal qui est en retard de deux mois. A la rigueur, l'anomalie de Gorée peut ne pas compter en nous souvenant que cette île est un pays sain en toutes saisons, et que ce n'est que par l'afflux des malades venus des postes du Cayor et évacués de Saint-Louis ou du bas de la côte que ses oscillations de chiffres sont produites. Pour le haut Sénégal, il est incontestable que la saison est en retard au point de vue des maladies, car ce n'est qu'en octobre que nous voyons les chiffres s'élever au delà de la moyenne.

Donc on peut dire qu'à part le haut pays, ce trimestre est une division assez naturelle, montrant que la mauvaise saison commence avec la brusquerie et la sévérité qui lui sont habituelles.

Le quatrième trimestre ou trimestre de la décroissance des eaux, comprend les mois de novembre, décembre et janvier dont voici les chiffres :

	S.-Louis.	Gorée.	B. S.	H. S.	Cayor.	R. du Sud.
Novembre....	119	144	114	113	118	116
Décembre....	99	118	106	121	94	109
Janvier.....	73	80	70	78	60	111

Les reproches que nous avons adressés aux autres divisions sont applicables à celle-ci en considérant les chiffres du trimestre actuel, et en effet nous y voyons des oscillations très-marquées qui font que pour les divers pays, excepté les rivières du sud, le chiffre moyen n'indique pas la moyenne de ce que l'on observe chaque jour dans ce moment de l'année.

DIVISION DE L'ANNÉE EN QUADRIMÈTRES.

En définitive, ce que nous avons dit de chaque trimestre, soit qu'on suivît la division adoptée dans les rapports officiels, celle qui est proposée par le Dr Borius ou indiquée par moi, nous montre qu'on ne peut trouver un moyen de partager le Sénégal par périodes de trois mois analogues, dans tous les cas sous le rapport des maladies. Chacune d'elles est passible de quelques reproches à un moment donné, aussi vient-il à l'idée de diviser alors l'année en quadrimestres pour voir si, pendant la période de chaleur, celle de

sécheresse ou celle qui les sépare, l'état de la salubrité du pays est le même ou au moins assez analogue, soit dans les divers pays, soit aux divers moments de leur durée en Sénégambie.

Le premier quadrimestre, ou quadrimestre de chaleur, comprend les mois de juillet, août, septembre et octobre, dont voici les chiffres totaux :

	S.-Louis.	Gorée.	B. S.	H. S.	Cayor.	R. du Sud.
Juillet.	66	72	64	76	61	90
Août.	80	88	77	81	59	131
Septembre. . . .	158	89	134	81	180	119
Octobre.	169	111	170	90	211	111

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ce groupement pour constater que ses différences les plus marquées existent, soit qu'on regarde les divers mois, soit qu'on considère les divers pays.

Les autres quatrimestres présentent aussi les mêmes occillations, de sorte que nous pouvons ne pas pousser plus loin notre analyse, et accepter, *a priori*, que la division en quatrimestre présente nombre de défectuosités comme celle qui partage l'année en trimestres.

Cependant, cette division en quadrimestres peut faire saillir certaines particularités des allures pathologiques du Sénégal. C'est ainsi, par exemple, que le quadrimestre de chaleur, qui commence en juillet, est le plus chargé en maladies épidémiques tropicales, que le suivant l'est beaucoup moins et que le troisième est à peu près indemne sous ce rapport.

Pour les maladies épidémiques du genre de la variole et du choléra, celui de mars est encore le moins chargé, mais le plus mal partagé est celui de novembre.

Pour les maladies endémiques paludiques, nous avons 42 au quadrimestre de mars, 181 au quadrimestre de juillet et 74 à celui de novembre.

Pour la dysentérie et l'hépatite, nous avons 61, 114, 121, ce qui corrobore encore l'idée que la fin de l'hivernage et les premières fraîcheurs sont les moments les plus pernicieux sous le rapport des atteintes de cette nature.

Un regard jeté sur la mortalité des divers quadrimestres est très-intéressant aussi de son côté, car nous y voyons 41, 71 pour celui de mars ; 146, 103 pour celui de juillet ; 110-126 pour celui de novembre, et nous pouvons nous arrêter dans cette voie de comparaison des divers groupements de l'année en disant qu'il en ressort que le quadrimestre de mars est sensiblement le plus sain, d'où jaillit la conséquence que les Européens qui sont envoyés au Sé-

négal courront d'autant moins de dangers immédiats qu'ils arriveront le plus près possible du début de cette période. Nous aurons à entrer dans des détails plus précis à ce sujet ultérieurement.

DIVISION DE L'ANNÉE EN SEMESTRES.

En décrivant l'année mois par mois, nous avons parlé à un moment donné des deux saisons principales de l'année du Sénégal : Hivernage, saison sèche ou fraîche, et nous avons vu qu'elles se composaient chacune d'un semestre ; il vient aussitôt la pensée de voir si, de la classification de l'année en deux semestres commençant au 1er janvier et au 1er juillet, on peut tirer un enseignement utile touchant les particularités des maladies du Sénégal. Les tableaux de cette division nous donneront d'un coup d'œil une première idée, et, rapprochés ultérieurement des autres tableaux du même genre, ils apporteront assurément leur contingent de renseignements.

Toutes les classifications semestrielles de l'année ont la même valeur au point de vue de la répartition de la fièvre jaune ; en effet, qu'on fasse débuter la saison sèche au 1er décembre, au 1er janvier ou au 1er février, toujours est-il que la fièvre jaune est l'apanage exclusif de la saison chaude et humide ; elle ne se développe qu'avec les pluies, et la preuve c'est qu'en 1830, quand elle a pris naissance d'une manière prématurée à Gorée, le pays avait été déjà mouillé de quelques ondées. En 1867, les cas de janvier et d'avril furent stériles au point de vue de la propagation. Le mal ne se transmit avec facilité qu'après les pluies de juillet.

Si nous partageons l'année en semestres à partir du 1er décembre, nous avons, pour la fièvre rouge, 1 à Saint-Louis et 2 à Gorée pendant le semestre sec. Si la classification fait débuter ce semestre au 1er janvier, nous avons 34 et 38. Si, au contraire, nous comptons à partir du 1er février, nous avons 172, 174, ce qui nous montre explicitement que le mois de juin un peu, le mois de juillet beaucoup, sont les moments favorables à l'apparition de la maladie. Or, cette particularité porte son enseignement, et nous pouvons incidemment faire observer que nous y trouvons une preuve péremptoire que l'influence paludéenne n'est pour rien dans le développement de la fièvre rouge, car si nous jetons un coup d'œil sur les chiffres de la fièvre dans les semestres qui nous occupent, nous voyons que, dans celui où nous avons 102 pour la fièvre rouge, nous avons 55 et 63 pour la fièvre ; celui de 34 et 38, nous avons 48 et 54 ; celui de 172, 174, nous avons 44 et 55.

Pour le choléra, nous obtenons, suivant les diverses classifications et pour chaque pays, de telles divergences qu'il est plus prudent de ne pas nous y arrêter. D'ailleurs on peut dire que jusqu'ici les épidémies de choléra ont été trop rares au Sénégal pour qu'il soit possible de chercher une relation quelconque entre l'époque de l'année et la facilité d'éclosion ou de propagation de la maladie.

Suivant que nous faisons commencer le semestre sec au 1er décembre, au 1er janvier ou au 1er février, nous avons pour la fièvre dans les divers pays de la Sénégambie :

Saint-Louis	55	48	44
Gorée.	63	54	55
Bas Sénégal.	75	72	63
Haut Sénégal	55	99	91
Cayor.	82	48	44
Rivières du Sud.	82	81	89

Ces chiffres nous montrent que, pour Saint-Louis comme pour Gorée, le bas Sénégal et le Cayor, le paludisme diminue d'une manière sensible à partir de la fin des pluies, et qu'au plus on s'approche du moment où le sol est à son maximum d'aridité, au plus le paludisme est peu fréquent. Pour le haut Sénégal, la question n'est pas la même, car nous voyons que l'insalubrité des mois de juin et juillet est assez forte pour déplacer les proportions. La raison en est dans la précocité des pluies dans le haut pays, et nous pouvons hardiment ranger les rivières du Sud dans la même catégorie.

Pour la fièvre mélanurique, le semestre qui commence au 1er février est le moins chargé d'une manière générale dans la Sénégambie proprement dite ; au contraire, celui qui commence le 1er décembre est le moins pernicieux dans les rivières du Sud. La raison en est dans la précocité des pluies dans ces pays. Quant à l'anomalie que présente Saint-Louis, elle est occasionnée par les atteintes auxquelles sont plus spécialement disposés les hommes qui descendent du haut fleuve dans les deux mois qui suivent leur retour à Saint-Louis.

Pour ce qui a trait aux accès pernicieux, on peut dire que, dans la basse Sénégambie, le semestre sec est à peu près également propice, qu'on le fasse commencer en décembre, janvier ou février. Dans le haut Sénégal, la précocité des chaleurs et des pluies fait que le semestre qui commence en février est le plus chargé d'une manière tellement notable qu'il atteint presque la moitié du chiffre

de l'année. Dans les rivières du Sud, l'augmentation, quoique incontestable, est néanmoins beaucoup moins forte.

La comparaison des divers tableaux nous montre que pour la dysentérie, le semestre est d'autant moins mauvais qu'on le fait commencer plus tard, et ce qui le prouve plus péremptoirement encore c'est non-seulement le chiffre des atteintes, mais encore celui des morts ; car, tandis que nous avons pour Saint-Louis 84, 68, 62 aux colonnes des entrées, nous avons 79, 57, 39 à celle des décès ; pour Gorée, nous avons 100, 110, 88, et 92, 76, 56.

Il résulte de cela, comme de l'inspection des chiffres de l'hépatite, que les derniers moments de l'hivernage et les premières semaines de la saison froide, sont les échéances les plus funestes des maladies endémiques climatériques, et que, dès que le mois de janvier est écoulé, il y a jusqu'au mois d'août de l'année une sorte de repos relatif, tant au point de vue des atteintes que pour celui des décès.

Nous n'ajouterons rien à ce que nous avons dit précédemment de l'anémie, si ce n'est qu'elle se déclare assez fréquemment en décembre sous l'influence des fatigues de la fin de l'hivernage. Dans ce cas, elle semble être plus dangereuse que lorsqu'elle débute à un autre moment, parce que le corps n'a, pour ainsi dire, plus la force de réagir et de bénéficier de la saison fraîche, qui est une nouvelle cause d'affaiblissement au lieu de servir à la reconstitution du sujet.

Quant à ce qui touche le tænia, nous voyons à Saint-Louis les chiffres monter de 75 à 119, suivant que nous faisons commencer le semestre au 1er décembre ou au 1er février. Pour les autres pays la proportion est la même, ce qui nous prouve très-péremptoirement que les mois de juin et juillet sont très-chargés, tandis que ceux de décembre et de janvier le sont infiniment moins.

Un coup d'œil jeté sur les maladies sporadiques saisonnières, c'est-à-dire dépendant du refroidissement de l'atmosphère, nous montre que le chiffre est d'autant moins élevé que le semestre commence plus tard, ce qui corrobore très-bien l'idée que c'est surtout les mois de décembre et de janvier qui sont féconds en affections aiguës du système circulatoire.

Un fait que nous pouvons signaler en passant c'est que, pendant le semestre sec, les rhumatismes sont assez fréquents et qu'à toutes les époques de l'année ils sont remarquablement tenaces. On a observé maintes fois que les médications les plus variées échouent le plus souvent, et il n'est pas rare de voir au Sénégal de vieux rhumatisants obligés d'aller chercher aux eaux thermales de l'Eu-

rope une amélioration à leurs douleurs. On ne saurait donc conseiller, comme cela a été fait quelquefois aux rhumatisants, d'aller habiter quelque temps la Sénégambie, comme complément de traitement ou moyen prophylactique. Même chose à dire pour la goutte.

CONCLUSIONS.

Arrivé à la fin de cette partie de notre travail, il est naturel d'en tirer des conclusions ; or, elles sont nombreuses, suivant qu'on vise tel ou tel point de la question. Sous le rapport de la météorologie, par exemple, nous avons donné, j'espère, un aperçu sommaire des allures du climat du Sénégal, et ce que nous disions en commençant que c'est un climat tropical très-spécial et qui n'est pas comparable à celui des Antilles, du continent, de l'Amérique tropicale, des îles, grandes ou petites, de l'Océanie se trouve assez justifié pour que nous n'ayons pas besoin d'insister davantage là-dessus. On pourrait à certains points de vue comparer le climat du Sénégal à celui de l'Inde, mais cependant il y a entre les deux pays de très-notables différences qui font que les analogies qu'on pourrait trouver sont en somme assez éloignées.

Sous le rapport des maladies, nous avons vu que le paludisme prime la fièvre d'une manière très-marquée : c'est la fièvre avec toutes ses formes et tous ses degrés de gravité qui est le premier, sinon le plus grand ennemi de l'Européen, et il faut que le médecin ait l'esprit tendu vers ce paludisme à toutes les heures de sa pratique, s'il ne veut pas s'exposer à de graves mécomptes.

Le paludisme fait courir, dès le début et en tous temps, de grands dangers à l'Européen; mais soit seul, soit doublé de la température élevée, il produit l'anémie qui prédispose le sujet à ressentir plus vivement encore un autre ennemi que lui présente le pays : je veux parler des oscillations brusques de température et d'hygrométricité de l'air, qui produisent dans la contrée qui nous occupe, mieux et plus vite ainsi que d'une manière plus intense que partout ailleurs, la dysentérie et l'hépatite.

Ces dernières maladies plus ou moins dissimulées dans leurs phénomènes symptomatiques, plus ou moins sévères dans leurs allures extérieures ont, quel que soit leur masque, une action léthale incontestable sur le sujet et, qu'on y prenne garde, une action terrible, irréparable, si on s'obstine à séjourner dans le pays une fois qu'on est devenu la proie de l'une d'elles.

C'est, j'en suis persuadé, ces affections qu'on peut moins ici qu'ailleurs réunir en une seule maladie, car plus qu'ailleurs on constate ici que l'hépatite est parfois distincte et sans liaisons avec la dysentérie; c'est, dis-je, ces affections qui ont empêché l'établissement d'une race créole après quatre cents ans d'essais infructueux d'acclimatation des Européens et qui feront probablement que, dans les siècles ultérieurs, on constatera la même impossibilité de faire séjourner, pendant un certain nombre d'années, les blancs en Sénégambie, sans qu'ils soient frappés dans l'essence même de leurs fonctions biologiques.

Si maintenant, passant à un autre ordre d'idées, on me demande quelles sont mes conclusions touchant les divers groupements de l'année, pour rendre compte des allures pathologiques des saisons dans la Sénégambie, nous avouerons tout d'abord qu'il est bien difficile de répondre : Il y a des divisions en semestres, avons-nous vu, elles sont utiles pour certains points défectueux; pour d'autres, dans tous les cas, elles ne peuvent servir de base unique. Même chose à dire pour les quadrimestres. Il y a des divisions par trimestres qui partent soit du 1er décembre, soit du 1er janvier, soit du 1er février. Celle qu'a adoptée le Dr Borius a l'avantage d'être plus en rapport avec les allures de la météorologie de la contrée; l'autre, qui commence au 1er janvier, a l'avantage d'être plus facilement comparable avec les travaux de statistique faits dans les autres colonies; la troisième, qui commence au 1er février, présente peut-être moins d'hétérogénéité dans le groupement de certains mois.

Si on veut cependant mon opinion en dernière analyse, je dirai qu'à mon avis toutes ces divisions trimestrielles sont passibles du même reproche, elles sont trop longues; ce qui revient à dire que les mêmes allures pathologiques ne durent pas pendant trois mois au Sénégal; je les ai rapportées et j'ai voulu les rapporter toutes, parce que si je ne l'avais pas fait, je me serais privé d'un moyen facile de me rendre compte de l'aspect de la pathologie sénégambienne à certains moments de l'année, mais tout en reconnaissant qu'elles ont chacune leur utilité, à tel ou tel point de vue particulier, je dois ajouter qu'il ne faut en adopter aucune d'une manière absolue et invariable, si on veut rester toujours dans l'exacte pondération des situations.

Les divisions trimestrielles portent sur un temps trop long à mon avis, c'est pour cela que j'ai préconisé et suivi en somme depuis le commencement de mon travail la division bimensuelle qui étant plus courte, me paraît prêter moins le flanc à l'erreur et rendre par

conséquent mieux compte des particularités et des variations du climat.

Cette division bimensuelle me paraît aussi exacte sous le rapport de la pathologie que sous celui de la météorologie, et je dirai en finissant que si elle est préférable, à mon avis, à la division en trimestres, elle ne doit cependant pas faire oublier que la division par mois coupant les périodes en plus petites fractions, rend un compte plus exact encore des phénomènes météoriques et pathologiques qu'on constate en Sénégambie, car il est bien clairement ressorti, j'espère, de tout ce que j'ai dit jusqu'ici, que les maladies sont en très-grande partie au Sénégal étroitement liées aux fluctuations de la climatologie.

Nous verrons tantôt que, suivant telle ou telle condition, l'Européen résiste plus ou moins bien à telle ou telle influence morbide; mais ne l'oublions pas un seul instant, cette résistance est l'infime détail; l'influence du climat sur la production des maladies est la chose capitale.

Ai-je besoin de faire observer en finissant que si je n'ai pas, à propos de chaque tableau, entrepris une discussion complète de tout ce qu'il nous pouvait suggérer, c'est que je n'ai pas voulu donner à mon travail une étendue excessive; il aura suffi de présenter quelques-uns des points de vue et de fournir les chiffres sans insister toujours et sur tout. Le lecteur a les éléments d'appréciation et pourra facilement faire, pour son usage personnel, l'étude qu'il jugera utile dans un moment ou sur un point donné.

DEUXIÈME PARTIE

RÉSISTANCE DES DIVERSES CLASSES D'EUROPÉENS AUX MALADIES DU SÉNÉGAL

Maintenant que nous avons suivi, mois par mois, les particularités et les variations de la pathologie du Sénégal, notre tâche n'est pas finie, car nous ne possédons encore pour ainsi dire qu'un des facteurs de la question : celui qui regarde l'influence exercée par le climat. Il nous faut rechercher les détails d'un autre facteur, presque aussi important : je veux parler de la résistance des divers Européens, qui habitent le pays et l'aptitude qu'ils ont, suivant la profession ou les habitudes hygiéniques, à contracter ou à éviter telle ou telle affection, en un mot, à subir l'action morbigène de la Sénégambie.

Disons tout d'abord et pour mémoire que la Sénégambie n'est pas comme certains pays de l'Amérique tropicale, l'Inde ou la Réunion, un pays où les Européens puissent s'établir et faire souche parfaitement pure de tout mélange de sang différent. L'âpreté du climat, la nature éphémère des occupations auxquelles on vient se livrer dans ce pays, font que les blancs passent seulement pour ainsi dire dans les contrées soudaniennes et nous n'avons pas ici à distinguer, comme ailleurs, une race créole blanche proprement dite, ayant conservé, malgré son existence prolongée dans le pays, son caractère propre.

La connaissance de cette particularité nous donne, dès le début, un enseignement utile qu'on fera bien de ne pas oublier toutes les fois qu'on s'occupera de la santé des Européens appelés à vivre au Sénégal. En effet, on voit, par l'expérience des faits antérieurs,

qu'il ne faut pas viser à l'acclimatement proprement dit des sujets de la race caucasique en Sénégambie et que le rôle du médecin, de l'hygiéniste, comme celui du médecin militaire, doit avoir seulement pour objet de chercher à garantir le mieux possible ces sujets contre les influences léthales du pays; ce qui implique, disons-le en passant, que la question du rapatriement doit avoir une importance capitale dans l'esprit de ceux qui, soit comme chef, soit comme médecin, ont charge d'âme dans cette affaire.

Ici, comme dans le premier volume, quand nous nous sommes occupé des maladies du Sénégal envisagées dans leurs rapports avec les mois et les saisons, nous allons d'abord présenter une série de tableaux statistiques destinés à appuyer notre dire et surtout à renseigner le lecteur qui pourra puiser dans les chiffres qu'ils donnent les renseignements dont il peut avoir besoin, en dehors de ce que nous aurons dit; car, nous répétons actuellement ce que nous avons dit à maintes reprises : il nous a fallu limiter les considérations auxquelles nous aurions pu nous livrer et ne pas épuiser les commentaires, les discussions que permettaient les divers chiffres ou les divers groupements de faits qui sont exprimés par les tableaux statistiques. Nous aurions en effet été entraînés à augmenter considérablement l'étendue de notre travail, déjà extrêmement long, malgré la brièveté que nous nous sommes efforcé de garder dans tout ce que nous avons eu à étudier.

STATISTIQUE

RELATIVE A LA SECONDE PARTIE DE CE LIVRE, C'EST-A-DIRE A LA RÉSISTANCE DES DIVERSES CLASSES D'EUROPÉENS VIS-A-VIS DES MALADIES DU SÉNÉGAL.

Dans le premier volume, nous avons fourni une série de tableaux qui nous permettaient de nous rentre compte de la salubrité relative de chaque mois, période bi-mensuelle, trimestre et quatrimestre, suivant les divers pays de la Sénégambie; nous devons présenter, dans le second volume, une autre série de tableaux qui nous présenteront l'aptitude relative des diverses catégories d'Européens à contracter ou à résister à telle ou telle maladie du pays.

Dans les tableaux du premier volume, il était nécessaire de rapporter les chiffres à des dénominateurs communs pour faciliter l'étude et surtout la comparaison. Je n'y ai pas joint des tableaux portant les chiffres réels de peur de jeter de la confusion dans l'es-

prit, mais je vais tout d'abord les présenter ici, afin que, si un travailleur veut utiliser la statistique que j'ai dressée pour tel point de vue que je n'ai pas envisagé ici, il ait sous la main les éléments d'étude convenablement présentés. Donc on trouvera, des tableaux nº 41 au nº 56 inclus, les entrées, mois par mois, dans les divers pays de la colonie depuis Saint-Louis jusqu'à Médine, dans le haut Sénégal, depuis Gorée jusqu'à Boké pour le littoral sénégambien de l'Océan.

Les nºs 57 et 58 indiquent les chiffres de la mortalité, pendant vingt ans, pour Saint-Louis et pour Gorée; ils complètent la statistique précédente, puisqu'ils donnent implicitement des indications précises, touchant la léthalité des diverses maladies épidémiques, endémiques, sporadiques et chirurgicales.

Les tableaux 59 et 60 nous donnent l'indication des maladies soignées à Saint-Louis et à Gorée, pendant vingt ans, en tenant compte de la profession des individus malades, et c'est ainsi que nous voyons, par exemple, qu'à Saint-Louis 9,088 hommes d'infanterie ont fourni en vingt ans 16,099 cas de maladie, tandis qu'à Gorée 4,325 hommes de la marine ont produit 7,508 entrées à l'hôpital.

Le tableau nº 62 présente les malades traités à l'hôpital de Gorée pendant vingt ans, en tenant compte du temps de séjour à la colonie des individus.

Le tableau nº 65 indique les convalescents des deux hôpitaux de Saint-Louis et de Gorée, en tenant compte des corps de troupe qui les ont fournis, et ainsi de suite nous avons produit jusqu'au nº 81 toutes les combinaisons que nous avons cru nécessaires de présenter pour donner tous les renseignements utiles à une statistique aussi complète qu'il était possible de la faire avec les documents que nous avons pu consulter.

N° 41

TABLEAU GÉNÉRAL DES ENTRÉES A L'HOPITAL DE SAINT-LOUIS

PENDANT 20 ANS (1853-72).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	CONVALESCENTS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re CATÉG.—*Tropicales.*															
Fièvre jaune	»	»	»	»	»		1	24	485	102	57	»	669	332	17
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	10	40	8	»	»	»	»	58	»	»
TOTAUX	»	»	»	»	»	10	41	32	485	102	57	»	727	332	17
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra	4	»	»	»	»	8	30	18	4	5	46	150	265	167	32
Variole	3	»	»	3	5	»	1	4	2	1	2	»	21	11	»
TOTAUX	7	»	»	3	5	8	31	22	6	6	48	150	286	178	32
TOTAUX des malad. épid.	7	»	»	3	5	18	72	54	491	108	105	150	1.013	510	49
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re CATÉG.—*Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre	954	753	567	490	588	515	659	3042	2791	2904	1310	1034	15.607	»	1020
Fièvre bilieuse mélanuriq.	13	17	4	»	5	15	5	37	32	25	25	»	178	49	43
Accès pernicieux	23	11	6	»	»	11	45	214	205	129	55	23	722	279	39
Insolation	3	3	7	5	2	2	8	2	2	2	3	3	42	23	15
Embarras gastrique	35	71	89	61	23	61	28	128	119	76	13	18	722	»	»
TOTAUX	1028	855	673	556	618	604	745	3423	3149	3136	1406	1078	17.271	351	1117
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie	617	401	359	223	300	466	440	616	841	734	938	956	6.891	520	664
Hépatite	68	112	73	44	83	67	114	110	90	74	77	84	996	72	259
TOTAUX	685	513	432	267	383	533	554	726	931	808	1015	1040	7.887	592	923
TOTAUX de la 1re catég.	1713	1368	1105	823	1001	1137	1299	4149	4080	3944	2421	2118	25.158	943	2040

41	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2e CATÉGORIE.— *Autres.*															
Anémie.	131	93	131	86	80	65	87	146	282	223	251	236	1.811	47	338
Coliques.	5	11	32	4	4	7	6	28	45	59	68	46	315	2	77
Gastralgie.	11	»	33	24	24	24	33	7	20	24	24	12	236	»	55
Scorbut.	4	25	12	18	4	15	31	31	7	20	10	32	209	31	9
Tétanos.	3	2	1	2	2	»	4	2	1	2	4	»	23	22	»
Tœnia.	20	10	10	86	15	92	54	64	31	48	20	49	499	»	»
TOTAUX de la 2e catég. .	174	141	219	220	129	203	215	278	386	376	377	375	3.093	102	479
TOTAUX des malad. endém. .	1887	1409	1324	1043	1130	1340	1514	4427	4466	4320	2798	2493	28.251	1045	2519
MALAD. SPORADIQUES															
1re CATÉG.— *Saisonnières.*															
Bronchite.	205	185	112	134	103	92	87	115	92	147	166	156	1.594	»	»
Pneumonie et pleurésie. . .	35	52	78	88	36	13	36	15	21	29	34	32	469	78	10
Phthisie pulmonaire. . . .	9	15	15	6	16	6	31	37	25	8	16	23	207	95	98
Rhumatisme.	33	14	40	36	29	36	20	41	66	51	19	49	434	8	38
TOTAUX.	282	266	245	264	184	147	174	208	204	235	235	260	2.704	181	146
2e CATÉGORIE.— *Autres.* .	151	136	225	284	183	264	557	310	192	264	503	230	3.299	204	72
TOTAUX des malad. sporad. .	433	402	470	548	367	411	731	518	396	491	738	490	6.003	385	218
MALAD. CHIRURGICALES															
1re CATÉG.— *Saisonnières.*															
Furoncles.	9	»	»	29	9	4	1	2	12	35	3	»	104	»	»
Ophthalmie.	10	21	7	26	17	19	15	22	26	20	9	9	201	»	8
Ver de Guinée.	6	7	»	»	2	12	21	84	57	50	3	3	245	»	»
TOTAUX.	25	28	7	55	28	35	37	108	95	105	15	12	550	»	8
2e CATÉGORIE.— *Autres.* .	333	312	348	395	386	240	236	267	286	448	284	181	3.716	94	74
TOTAUX des mal. chirurg. .	358	340	355	450	414	275	273	375	381	553	299	193	4.266	94	82
MALAD. VÉNÉRIENNES. .	219	230	257	239	280	313	291	266	291	259	303	204	3.152	»	5
TOTAUX GÉNÉRAUX. .	2904	2381	2406	2283	2196	2357	2881	5640	6025	5739	4243	3530	42.685	2034	2873

Nº 42

TABLEAU GÉNÉRAL DES ENTRÉES A L'HOPITAL DE GORÉE
PENDANT 20 ANS (1853-72).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	CONVALESCENTS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re Catég. — *Tropicales.*															
Fièvre jaune.	12	»	»	1	»	»	2	4	127	109	101	55	411	203	145
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	»	»	»	15	54	6	»	»	3	1	79	»	»
Totaux.	12	»	»	1	»	15	56	10	127	109	104	56	490	203	145
2e Catégorie. — *Autres.*															
Choléra.	»	»	»	»	»	13	»	»	1	»	»	»	14	6	»
Variole.	2	1	9	9	20	5	5	7	3	2	5	»	68	34	»
Totaux.	2	1	9	9	20	18	5	7	4	2	5	»	82	40	»
Totaux des malad. épid. .	14	1	9	10	20	33	61	17	131	111	109	56	572	243	145
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re Catég. — *Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre.	571	414	494	332	331	397	631	757	1085	2131	1359	838	9.340	»	280
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	41	18	34	18	21	8	10	14	22	33	42	27	288	71	56
Accès pernicieux.	22	7	9	10	10	8	19	22	39	66	43	23	278	144	11
Insolation.	8	5	2	5	7	6	4	7	5	13	6	4	72	23	1
Embarras gastrique. . . .	14	2	4	15	11	17	14	15	14	23	29	27	185	»	»
Totaux.	656	446	543	380	380	436	678	815	1165	2266	1479	919	10.163	238	348
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie. . .	326	228	235	149	250	285	254	257	231	230	325	322	3.192	217	214
Hépatite.	43	30	48	52	43	37	53	43	46	39	45	54	533	53	81
Totaux.	369	258	283	201	293	322	307	300	277	269	370	376	3.725	270	295
Totaux de la 1re catég. .	1025	704	826	581	673	758	985	1115	1442	2535	1849	1295	13.888	508	643

42	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2e CATÉGORIE.— *Autres.*															
Anémie	143	130	176	158	200	87	105	89	119	245	296	267	2.015	56	342
Coliques	30	15	22	26	21	23	23	26	21	66	51	33	357	6	31
Gastralgie	5	4	8	3	5	7	5	7	7	11	8	2	72	2	20
Scorbut	13	9	9	7	2	12	3	6	6	19	22	4	112	4	8
Tétanos	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	»	»	16	14	»
Tœnia	4	5	6	12	7	13	4	7	4	11	6	8	87	»	»
TOTAUX de la 2e catég.	196	165	223	207	237	143	142	137	159	353	383	314	2.659	82	411
TOTAUX des malad. endém.	1221	869	1049	788	910	901	1127	1252	1601	2988	2232	1609	16.547	590	1044
MALAD. SPORADIQUES															
1re CATÉG.— *Saisonnières.*															
Bronchite	100	73	87	65	43	33	46	48	43	61	83	93	775	»	»
Pneumonie et pleurésie	30	18	35	34	22	31	23	9	14	13	20	35	284	68	14
Phthisie pulmonaire	15	31	28	19	20	19	19	20	23	12	28	26	260	83	75
Rhumatisme	26	25	31	25	14	22	33	26	20	20	37	20	299	7	11
TOTAUX	171	147	181	143	99	105	121	103	100	106	168	174	1.618	158	100
2e CATÉGORIE.— *Autres.*	119	90	91	81	97	77	113	99	87	83	73	125	1.135	109	40
TOTAUX des malad. sporad.	290	237	272	224	196	182	234	202	187	189	241	299	2.753	267	140
MALAD. CHIRURGICALES															
1re CATÉG.— *Saisonnières.*															
Furoncles	6	2	3	5	4	10	10	11	5	5	3	3	67	»	»
Ophthalmie	16	12	7	11	11	8	15	11	11	11	12	3	128	»	»
Ver de Guinée	1	»	1	»	»	»	4	6	5	4	1	»	22	»	»
TOTAUX	23	14	11	16	15	18	29	28	21	20	16	6	217	»	»
2e CATÉGORIE.— *Autres.*	186	153	221	216	189	149	158	153	134	152	141	201	2.053	»	63
TOTAUX des mal. chirurg.	209	167	232	232	204	167	187	181	155	172	157	207	2.270	56	63
MALAD. VÉNÉRIENNES	130	132	129	157	165	143	154	124	130	117	122	161	1.664	6	10
TOTAUX GÉNÉRAUX	1864	1406	1691	1411	1495	1426	1763	1776	2204	3577	2861	2332	23.806	1162	1402

Nº 43

TABLEAU DES MALADES DU POSTE DE DAGANA
(10 ANS, DE 1863 A 1872. — 484 EUROPÉENS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re Catég. — *Tropicales.*															
Fièvre jaune	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e Catégorie. — *Autres.*															
Choléra	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux des malad. épid.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re Catég. — *Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre	136	120	129	157	67	22	59	121	271	178	113	207	1580	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq.	2	1	4	»	2	»	»	2	»	6	1	»	18	6	
Accès pernicieux	1	»	1	»	»	»	2	3	6	9	14	2	38	12	
Insolation	»	»	»	1	»	»	2	»	»	1	»	»	4	»	
Embarras gastrique	5	1	4	2	7	11	7	8	13	7	6	6	77	»	
Totaux	144	122	138	160	76	35	68	134	291	200	134	215	1717	18	
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie	8	16	33	34	34	49	22	23	27	6	2	14	268	4	
Hépatite	2	»	3	2	»	»	»	2	1	1	2	»	13	»	
Totaux	10	16	36	36	34	49	22	25	28	7	4	14	281	4	
Totaux de la 1re catég.	154	138	176	196	110	84	90	159	319	207	138	229	1998	22	

43	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2e Catégorie.— *Autres.*															
Anémie	2	1	2	5	»	»	8	6	3	3	2	2	34	2	
Coliques	1	2	2	3	»	1	2	2	2	»	»	»	15	»	
Gastralgie	1	»	»	»	2	2	»	»	1	»	»	»	6	»	
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	
Totaux de la 2e catég.	4	3	4	8	2	4	10	8	6	3	2	2	56	2	
Totaux des malad. endém.	158	141	178	204	112	88	100	167	325	210	140	231	2054	24	
MALAD. SPORADIQUES															
1re Catég. — *Saisonnières.*															
Bronchite	5	2	2	3	2	1	1	4	1	1	3	3	28	»	
Pneumonie et pleurésie	1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	»	
Phthisie pulmonaire	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Rhumatisme	1	2	2	6	3	»	1	4	»	»	1	»	20	»	
Totaux	8	4	6	9	5	1	2	8	1	1	4	4	53	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	8	3	2	3	3	3	4	3	4	4	2	3	38	1	
Totaux des malad. sporad.	12	7	8	12	8	4	6	11	5	5	6	7	91	1	
MALAD. CHIRURGICALES															
1re Catég. — *Saisonnières.*															
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux des mal. chirurg.	6	6	6	10	14	5	8	21	12	14	6	6	114	2	
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	3	»	2	1	8	8	3	2	3	2	»	32	»	
TOTAUX GÉNÉRAUX	176	157	192	228	135	105	122	202	344	232	154	244	2291	27	

N° 44

TABLEAU DES MALADES DU POSTE DE PODOR

(5 ANS, DE 1868 A 1872. — 80 EUROPÉENS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Tropicales.*															
Fièvre jaune	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des malad. épid.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre	19	15	20	15	11	14	11	31	70	34	18	6	264	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq.	»	»	»	1	»	»	»	1	2	»	»	»	4	1	
Accès pernicieux	»	1	»	»	»	2	1	»	2	»	»	»	6	5	
Insolation	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Embarras gastrique	»	»	1	2	1	1	2	1	2	4	1	2	17	»	
TOTAUX	19	16	21	18	12	17	14	33	76	38	19	8	291	6	
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie	»	4	2	2	1	6	3	4	1	3	»	5	31	3	
Hépatite	»	»	2	»	»	2	»	»	»	»	1	»	5	»	
TOTAUX	»	4	4	2	1	8	3	4	1	3	1	5	36	3	
TOTAUX de la 1re catég.	19	20	25	20	13	25	17	37	77	41	20	13	327	9	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2e CATÉGORIE.— *Autres.*															
Anémie	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	
Coliques	1	»	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	4	»	
Gastralgie	»	1	»	»	1	»	»	»	1	1	1	»	5	1	
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia	1	»	»	2	»	»	1	1	3	»	»	»	8	»	
TOTAUX de la 2e catég.	3	1	»	4	1	»	2	1	4	2	1	»	19	1	
TOTAUX des malad. endém.	22	21	25	24	14	25	19	38	81	43	21	13	346	10	
MALAD. SPORADIQUES															
1re CATÉG.— *Saisonnières.*															
Bronchite	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	
Pneumonie et pleurésie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Phthisie pulmonaire	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	
Rhumatisme	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	
TOTAUX	»	1	»	4	»	»	»	»	1	1	»	»	7	»	
2e CATÉGORIE.— *Autres.*	»	1	»	1	1	1	»	3	2	1	»	»	10	»	
TOTAUX des malad. sporad.	»	2	»	5	1	1	»	3	3	2	»	»	17	»	
MALAD. CHIRURGICALES															
1re CATÉG.— *Saisonnières.*															
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des mal. chirurg.	2	»	4	»	1	1	»	»	»	1	»	1	10	»	
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	1	1	»	1	1	»	»	»	1	1	»	6	»	
TOTAUX GÉNÉRAUX	24	24	30	29	17	27	20	42	85	46	22	14	379	10	

N° 45

TABLEAU DES MALADES DU POSTE DE BAKEL

(10 ANS, DE 1863 A 1872. — 175 EUROPÉENS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Tropicales.*															
Fièvre jaune	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des malad. épid.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre	146	115	138	119	81	87	90	112	109	115	137	147	1396	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq.	4	3	2	1	3	1	2	7	1	6	1	2	33	7	
Accès pernicieux	1	1	1	1	1	1	1	»	3	2	»	2	14	10	
Insolation	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Embarras gastrique	5	4	15	13	3	9	2	7	9	3	14	7	91	»	
TOTAUX	156	123	156	134	88	98	95	126	122	126	152	158	1534	17	
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie	27	17	29	13	5	18	8	20	8	26	19	22	212	11	
Hépatite	1	2	2	3	1	2	»	»	1	2	1	3	18	3	
TOTAUX	28	19	31	16	6	20	8	20	9	28	20	25	230	14	
TOTAUX de la 1re catég.	184	142	187	150	94	118	103	146	131	154	172	183	1764	31	

45	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Totaux de la 1re catég.	184	142	187	150	94	118	103	146	131	154	172	183	1764	31	
2e CATÉGORIE.— *Autres.*															
Anémie	4	1	8	7	3	3	3	3	4	7	5	5	53	3	
Coliques	1	1	»	3	2	»	»	»	»	»	1	»	8	»	
Gastralgie	»	»	»	»	»	»	4	»	1	»	»	2	8	»	
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX de la 2e catég.	5	2	8	10	6	3	7	3	5	7	6	7	69	3	
TOTAUX des malad. endém.	189	144	195	160	100	121	110	149	136	161	178	190	1833	34	
MALAD. SPORADIQUES															
1re CATÉG.— *Saisonnières.*															
Bronchite	6	2	6	1	1	2	»	1	2	4	5	6	36	»	
Pneumonie et pleurésie	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	4	1	
Phthisie pulmonaire	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Rhumatisme	»	»	1	»	1	»	1	2	1	»	»	1	7	»	
TOTAUX	6	4	7	1	2	3	1	3	3	4	6	7	47	1	
2e CATÉGORIE.— *Autres.*	»	1	3	2	»	2	»	»	»	»	»	2	10	1	
TOTAUX des malad. sporad.	6	5	10	3	2	5	1	3	3	4	6	9	57	2	
MALAD. CHIRURGICALES															
1re CATÉG.— *Saisonnières.*															
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des mal. chirurg.	6	3	6	4	4	7	7	4	12	3	5	4	65	1	
MALAD. VÉNÉRIENNES	2	4	5	2	1	»	2	2	4	2	2	2	28	»	
TOTAUX GÉNÉRAUX	203	156	216	169	107	133	120	158	155	170	191	205	1983	37	

N° 46

TABLEAU DES MALADES DU POSTE DE MÉDINE

(10 ANS, DE 1863 A 1872. — 83 EUROPÉENS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Tropicales.*															
Fièvre jaune.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Variole.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des malad. épid. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre.	68	74	45	55	40	36	54	18	38	56	54	58	596	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	»	3	»	1	2	»	»	3	6	4	2	1	22	4	
Accès pernicieux.	»	»	»	»	3	1	»	2	2	2	2	»	12	6	
Insolation.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Embarras gastrique.	7	1	1	2	1	»	1	4	1	1	»	1	20	»	
TOTAUX.	75	78	46	58	46	37	55	27	47	63	58	60	650	10	
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie. . .	4	4	3	7	6	1	8	2	5	11	11	11	73	2	
Hépatite.	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	2	»	4	»	
TOTAUX.	4	4	3	7	6	2	8	3	5	11	13	11	77	2	
TOTAUX de la 1re catég. .	79	82	49	65	52	39	63	30	52	74	71	71	727	12	

Totaux de la 1re catég.	79	82	49	65	52	39	63	30	52	74	71	71	727	12

46	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2e Catégorie.— *Autres.*															
Anémie	1	»	4	4	2	1	»	»	»	3	1	2	18	1	
Coliques	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Gastralgie	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Scorbut	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Totaux de la 2e catég.	2	»	4	4	4	1	»	»	»	3	1	2	21	1	
Totaux des malad. endém.	81	82	53	69	56	40	63	30	52	77	72	73	748	13	
MALAD. SPORADIQUES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Bronchite	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2	4	»	
Pneumonie et pleurésie	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	»	
Phthisie pulmonaire	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Rhumatisme	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	
Totaux	»	3	1	»	»	1	1	»	»	»	»	4	10	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	3	»	4	1	»	2	1	2	2	1	2	»	18	1	
Totaux des malad. sporad.	3	3	5	1	»	3	2	2	2	1	2	4	28	1	
MALAD. CHIRURGICALES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux des mal. chirurg.	2	8	3	6	3	3	1	»	1	1	»	»	28	2	
MALAD. VÉNÉRIENNES	1	1	»	2	1	1	3	»	»	»	»	»	9	1	
TOTAUX GÉNÉRAUX	87	94	61	78	60	47	69	32	55	79	74	77	813	17	

N° 47 TABLEAU DES MALADES DU POSTE DE RUFISQUE

(2 ANS, DE 1870 A 1871. — 40 EUROPÉENS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															La proximité de Gorée fait que les malades graves y sont envoyés, ce qui diminue sensiblement la mortalité apparente du poste.
1re CATÉG. — *Tropicales.*															
Fièvre jaune	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des malad. épid.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre	6	6	6	6	10	9	8	27	12	35	31	23	179	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq.	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	1	1	5	1	
Accès pernicieux	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	2	1	
Insolation	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Embarras gastrique	2	1	4	2	3	»	2	4	5	3	4	2	32	»	
TOTAUX	8	7	10	8	13	10	11	33	17	39	36	26	218	»	
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie	2	3	1	2	1	»	3	4	2	3	2	1	24	»	
Hépatite	»	»	1	»	»	»	»	1	1	»	»	»	3	»	
TOTAUX	2	3	2	2	1	»	3	5	3	3	2	1	27	»	
TOTAUX de la 1re catég.	10	10	12	10	14	10	14	38	20	42	38	27	245	»	

47	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Totaux de la 1re catég.	10	10	12	10	14	10	14	38	20	42	38	27	245	»	
2e Catégorie.— *Autres.*															
Anémie	1	»	2	1	1	»	»	1	»	»	»	»	6	»	
Coliques	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Gastralgie	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	2	»	
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux de la 2e catég.	1	1	2	1	1	1	1	1	»	»	»	»	9	»	
Totaux des malad. endém.	11	11	14	11	15	11	15	39	20	42	38	27	254	2	
MALAD. SPORADIQUES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Bronchite	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	1	»	4	»	
Pneumonie et pleurésie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Phthisie pulmonaire	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Rhumatisme	»	1	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	4	»	
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	1	3	1	»	»	»	5	»	
Totaux des malad. sporad.	»	1	»	»	»	1	2	4	1	3	1	»	13	»	
MALAD. CHIRURGICALES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux des mal. chirurg.	1	2	1	1	2	2	3	2	»	1	2	1	18	»	
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	»	
TOTAUX GÉNÉRAUX	12	14	16	12	17	14	21	45	21	46	41	28	287	2	

TABLEAU DES MALADES DU POSTE DE KER MANDOUBÉ KARY

(1 AN, 1868. — 48 EUROPÉENS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Tropicales.*															
Fièvre jaune.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Variole.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des malad. épid. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre.	11	12	1	4	2	5	8	142	89	20	16	10	320	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	
Accès pernicieux.	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2	1	
Insolation.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Embarras gastrique.	»	2	»	»	2	1	»	»	»	2	3	2	12	»	
TOTAUX.	11	14	1	4	4	6	9	143	89	23	19	12	335	1	
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie. . .	7	3	2	1	2	9	3	1	7	9	2	3	49	2	
Hépatite.	3	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	5	»	
TOTAUX.	10	3	2	1	3	9	3	1	7	9	3	3	54	2	
TOTAUX de la 1re catég. .	21	17	3	5	7	15	12	144	96	32	22	15	389	3	

48	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2e Catégorie.— *Autres.*															
Anémie	1	»	»	»	»	1	1	9	9	»	»	»	21	»	
Coliques	»	»	»	»	1	»	1	1	1	»	»	»	4	»	
Gastralgie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Totaux de la 2e catég.	2	»	»	»	»	1	1	9	9	»	»	»	22	»	
Totaux des malad. endém.	24	16	3	5	8	16	14	154	106	32	23	15	416	3	
MALAD. SPORADIQUES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Bronchite	3	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	1	7	»	
Pneumonie et pleurésie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Phthisie pulmonaire	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Rhumatisme	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	3	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	1	7	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	1	»	2	»	»	»	1	»	»	»	1	»	5	»	
Totaux des malad. sporad.	4	»	2	»	»	»	1	»	1	2	1	1	12	»	
MALAD. CHIRURGICALES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux des mal. chirurg.	»	»	2	1	3	3	9	7	»	9	2	1	37	»	
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	2	»	4	»	
TOTAUX GÉNÉRAUX	28	16	7	6	12	19	24	161	107	74	28	17	469	3	

N° 49

TABLEAU DES MALADES DU POSTE DE NDIAGNÉ

(2 ANS, 1867-1868. — 60 EUROPÉENS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES 1re CATÉG. — *Tropicales.*															
Fièvre jaune.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Variole.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des malad. épid. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
MALADIES ENDÉMIQUES 1re CATÉG. — *Saisonnières.* A. *Paludiques.*															
Fièvre.	31	25	20	10	5	20	18	12	28	47	33	26	275	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	»	»	»	1	»	»	»	»	1	1	»	»	3	1	
Accès pernicieux.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	»	»	4	3	
Insolation.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Embarras gastrique.	1	»	»	1	»	»	3	»	3	2	1	1	12	»	
TOTAUX.	32	25	20	12	5	20	21	12	35	51	34	27	294	»	
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie. . .	17	9	4	2	9	5	4	6	10	21	30	18	135	3	
Hépatite.	2	»	»	»	1	»	2	1	2	»	»	»	8	»	
TOTAUX.	19	9	4	2	10	5	6	7	12	21	30	18	143	»	
TOTAUX de la 1re catég. .	51	34	24	14	15	25	27	19	47	72	64	45	437	7	

Totaux de la 1re catég. .	51	34	24	14	15	25	27	19	47	72	61	45	437	7	

49	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2e Catégorie.— *Autres.*															
Anémie.	»	»	2	»	1	2	1	»	»	2	1	1	10	»	
Coliques.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Gastralgie.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Scorbut.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tétanos.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia.	»	2	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»	5	»	
Totaux de la 2e catég. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	15	»	
Totaux des malad. endém. .	51	36	28	14	17	27	28	19	47	74	65	46	452	7	
MALAD. SPORADIQUES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Bronchite.	1	2	3	»	»	»	»	4	1	2	1	»	14	»	
Pneumonie et pleurésie.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Phthisie pulmonaire.	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	1	
Rhumatisme.	»	»	»	1	»	»	»	»	2	1	1	1	6	»	
Totaux.	1	2	3	1	»	»	1	4	3	3	2	1	21	»	
2e Catégorie.— *Autres.* .	2	5	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	21	»	
Totaux des malad. sporad. .	3	7	5	3	1	1	3	5	4	4	4	2	42	1	
MALAD. CHIRURGICALES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Furoncles.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e Catégorie.— *Autres.* .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux des mal. chirurg. .	4	1	5	2	3	5	1	1	3	2	1	5	33	2	
MALAD. VÉNÉRIENNES. .	1	»	»	»	1	»	»	1	»	1	»	»	4	»	
TOTAUX GÉNÉRAUX. .	59	44	38	19	22	33	32	26	54	81	70	53	531	10	

N° 50

TABLEAU DES MALADES DU POSTE DE M'BORO

(1 AN, 1865. — 50 EUROPÉENS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Tropicales.*															
Fièvre jaune	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des malad. épid.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre	6	5	4	8	4	6	4	18	20	25	16	14	130	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq.	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	
Accès pernicieux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Insolation	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Embarras gastrique	»	»	»	1	»	3	2	4	4	1	»	»	15	»	
TOTAUX	6	5	4	10	4	9	6	22	24	26	16	15	147	1	
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie	2	1	»	3	6	8	8	3	»	6	1	»	38	1	
Hépatite	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	3	1	
TOTAUX	2	1	»	3	7	9	9	3	»	6	1	»	41	2	
TOTAUX de la 1re catég.	8	6	4	13	11	18	15	25	24	32	17	15	188	3	

50

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2e Catégorie.— *Autres.*															
Anémie	»	»	»	1	1	2	»	»	»	»	»	»	4	»	
Coliques	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Gastralgie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	
Totaux de la 2e catég.	»	»	»	1	1	3	»	»	»	»	»	»	5	»	
Totaux des malad. endém.	8	6	4	15	12	21	15	25	24	32	17	15	193	3	
MALAD. SPORADIQUES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Bronchite	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	
Pneumonie et pleurésie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Phthisie pulmonaire	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	
Rhumatisme	»	1	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	3	»	
Totaux	»	1	»	1	»	1	1	1	»	»	»	»	5	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	»	»	»	1	»	2	1	1	»	»	»	»	5	»	
Totaux des malad. sporad.	»	1	»	2	»	3	2	2	»	»	»	»	10	»	
MALAD. CHIRURGICALES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux des mal. chirurg.	1	1	2	1	5	»	2	2	»	»	»	»	14	1	
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	2	»	
TOTAUX GÉNÉRAUX	9	8	6	18	19	24	19	29	24	32	17	15	219	4	

N° 51

TABLEAU DES MALADES DU POSTE DE NGUIGUIS

(1864. — 103 EUROPÉENS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Tropicales.*															
Fièvre jaune.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Variole.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des malad. épid. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre.	10	22	31	15	4	20	9	60	145	105	30	35	486	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	1	1	»	»	1	»	1	»	3	»	»	»	7	2	
Accès pernicieux.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	3	1	
Insolation.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Embarras gastrique. . . .	5	5	2	2	2	1	1	3	2	1	1	»	25	»	
TOTAUX.	16	28	33	17	7	21	11	63	150	108	32	35	521	3	
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie. . .	3	7	2	3	5	4	2	2	3	7	5	6	49	1	
Hépatite.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	
TOTAUX.	3	7	2	3	5	5	2	2	3	7	5	6	50	1	
TOTAUX de la 1re catég. .	19	35	35	20	12	26	13	65	153	145	37	41	571	4	

Totaux de la 1re catég.	19	35	35	20	12	26	13	65	153	115	37	41	571	4	
51	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2e Catégorie.— *Autres.*															
Anémie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Coliques	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Gastralgie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia	»	»	»	»	1	1	1	2	»	»	»	»	5	»	
Totaux de la 2e catég.	1	»	»	»	1	1	1	2	»	»	»	»	6	»	
Totaux des malad. endém.	20	35	35	20	13	27	14	67	153	115	37	41	577	4	
MALAD. SPORADIQUES															
1re Catég. — *Saisonnières.*															
Bronchite	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Pneumonie et pleurésie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Phthisie pulmonaire	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Rhumatisme	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Totaux	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	»	1	1	»	»	2	1	1	2	»	»	3	11	»	
Totaux des malad. sporad.	1	1	2	»	»	2	1	1	2	»	»	3	13	»	
MALAD. CHIRURGICALES															
1re Catég. — *Saisonnières.*															
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux des mal. chirurg.	»	2	2	3	3	2	1	2	1	»	2	1	19	2	
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX GÉNÉRAUX	21	39	40	23	17	33	17	71	158	116	39	45	619	6	

N° 52

TABLEAU DES MALADES DU POSTE DE M'BIDJEM

(1863. — 42 EUROPÉENS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Tropicales.*															
Fièvre jaune	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des malad. épid.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre	29	20	16	4	6	11	6	20	30	35	31	23	231	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq.	»	»	»	»	»	»	1	1	3	»	2	2	9	3	
Accès pernicieux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	
Insolation	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Embarras gastrique	»	»	5	5	2	1	»	»	»	»	1	»	14	»	
TOTAUX	29	20	21	9	8	12	7	21	33	36	34	25	255	3	
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie	»	»	1	»	2	»	»	»	1	»	»	»	4	»	
Hépatite	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	
TOTAUX	»	»	2	»	2	»	»	»	2	»	»	»	6	»	
TOTAUX de la 1re catég.	29	20	23	9	10	12	7	21	35	36	34	25	261	3	

52

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2ᵉ CATÉGORIE.— *Autres.*															
Anémie.	»	1	1	»	»	»	»	1	»	1	1	1	6	»	
Coliques.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Gastralgie.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Scorbut.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tétanos.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX de la 2ᵉ catég. .	»	1	1	»	»	»	»	1	»	1	1	1	6	»	
TOTAUX des malad. endém. .	29	21	24	9	10	12	7	22	35	37	35	26	267	3	
MALAD. SPORADIQUES															
1ʳᵉ CATÉG.—*Saisonnières.*															
Bronchite.	2	»	»	2	»	»	»	»	»	»	2	1	7	»	
Pneumonie et pleurésie. . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Phthisie pulmonaire. . . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Rhumatisme.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	2	»	»	2	»	»	»	»	»	»	2	1	7	»	
2ᵉ CATÉGORIE.— *Autres.* .	»	1	»	»	1	»	»	»	»	1	1	»	4	»	
TOTAUX des malad. sporad. .	2	1	»	2	1	»	»	»	»	1	3	1	11	»	
MALAD. CHIRURGICALES															
1ʳᵉ CATÉG.— *Saisonnières.*															
Furoncles.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2ᵉ CATÉGORIE.— *Autres.* .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des mal. chirurg. .	1	1	2	1	»	2	1	»	1	2	1	1	12	»	
MALAD. VÉNÉRIENNES. .	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4	»	
TOTAUX GÉNÉRAUX. .	33	23	26	13	11	14	9	22	36	40	39	28	294	3	

15'

II.

N° 53

TABLEAU DES MALADES DU POSTE DE THIÈS
(1869-1870. — 41 EUROPÉENS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Tropicales.*															
Fièvre jaune.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Variole.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des malad. épid. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre.	10	9	8	5	2	3	6	25	37	30	20	13	168	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	1	1	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	4	2	
Accès pernicieux.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	2	1	
Insolation.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Embarras gastrique. . . .	»	2	1	»	»	»	3	2	4	1	4	5	22	»	
TOTAUX.	11	12	9	5	2	3	9	29	41	32	25	18	196	3	
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie. . .	1	»	»	»	3	»	»	2	8	5	4	5	28	»	
Hépatite.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	
TOTAUX.	1	»	«	»	3	»	»	2	8	5	4	6	29	»	
TOTAUX de la 1re catég. .	12	12	9	5	5	3	9	31	49	37	29	24	225	3	

53	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2e Catégorie.— *Autres.*															
Anémie.	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	1	»	4	»	
Coliques.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	
Gastralgie.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Scorbut.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tétanos.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux de la 2e catég. .	1	»	»	»	»	»	1	1	»	1	1	»	6	»	
Totaux des malad. endém. .	13	12	9	5	5	3	10	32	49	38	30	24	231	3	
MALAD. SPORADIQUES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Bronchite.	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	1	1	4	»	
Pneumonie et pleurésie. . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Phthisie pulmonaire. . . .	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Rhumatisme.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	3	»	
Totaux.	1	»	»	»	»	»	1	1	1	1	1	2	8	»	
2e Catégorie.— *Autres.* .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Totaux des malad. sporad. .	1	»	»	»	»	»	1	1	1	1	2	2	9	»	
MALAD. CHIRURGICALES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Furoncles.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e Catégorie.— *Autres.* .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux des mal. chirurg. .	3	»	»	»	»	»	7	3	1	1	4	2	21	1	
MALAD. VÉNÉRIENNES. .	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	2	»	
TOTAUX GÉNÉRAUX. .	17	12	9	5	5	3	19	37	51	41	36	28	263	4	

Nº 54

TABLEAU DES MALADES DU POSTE DE POUT

(1868. — 44 EUROPÉENS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re Catég. — *Tropicales*.															
Fièvre jaune.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e Catégorie. — *Autres*.															
Choléra.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»				
Variole.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux des malad. épid. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re Catég. — *Saisonnières*.															
A. *Paludiques*.															
Fièvre.	2	2	4	7	4	10	7	35	44	21	10	8	154	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	2	
Accès pernicieux.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	2	1	
Insolation.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Embarras gastrique.	»	2	1	1	2	1	1	3	2	4	»	»	17	»	
Totaux.	2	4	5	8	6	11	8	38	46	25	13	9	175	2	
B. *Climatériques*.															
Diarrhée et dysenterie. . .	1	2	2	3	2	»	»	»	3	1	»	»	14	»	
Hépatite.	»	»	»	»	1	»	1	»	1	2	»	»	5	»	
Totaux.	1	2	2	3	3	»	1	»	4	3	»	»	19	»	
Totaux de la 1re catég. .	3	6	7	11	9	11	9	38	50	28	13	9	194	2	

54	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
TOTAUX de la 1re catég.	3	6	7	11	9	11	9	38	50	28	13	9	194	2	
2e CATÉGORIE.— *Autres.*															
Anémie	1	1	»	2	»	»	»	4	»	4	»	1	13	»	
Coliques	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	
Gastralgie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	
TOTAUX de la 2e catég.	1	1	»	2	»	1	»	5	»	4	»	1	15	»	
TOTAUX des malad. endém.	4	7	7	13	9	12	9	43	50	32	13	10	209	2	
MALAD. SPORADIQUES															
1re CATÉG.— *Saisonnières.*															
Bronchite	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	2	»	
Pneumonie et pleurésie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Phthisie pulmonaire	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Rhumatisme	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	1	3	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	1	»	3	»	»	1	5	»	
2e CATÉGORIE.— *Autres.*	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	
TOTAUX des malad. sporad.	»	»	»	»	»	1	1	»	3	»	»	1	6	»	
MALAD. CHIRURGICALES															
1re CATÉG.— *Saisonnières.*															
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des mal. chirurg.	1	3	2	1	4	2	»	3	3	»	3	»	22	1	
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	2	»	
TOTAUX GÉNÉRAUX	5	10	9	14	14	15	10	46	56	33	16	11	229	3	

N° 55

TABLEAU DES MALADES DU POSTE DE SED'HIOU (CASAMANCE)

(20 ANNÉES, 1854-1873. — 460 EUROPÉENS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Tropicales.*															
Fièvre jaune.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Variole.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des malad. épid. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre.	249	212	204	139	150	225	325	288	294	237	277	275	2875	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	7	8	3	1	»	4	9	4	10	15	5	1	67	15	
Accès pernicieux.	1	1	2	»	»	2	2	5	2	3	2	3	23	10	
Insolation.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Embarras gastrique.	10	1	6	6	5	6	3	4	9	4	6	4	64	»	
TOTAUX.	267	222	215	146	155	237	339	301	315	259	290	283	3029	25	
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie. . .	5	4	5	5	8	10	»	3	7	3	3	4	57	6	
Hépatite.	1	1	»	»	»	1	»	»	3	2	»	»	8	1	
TOTAUX.	6	5	5	5	8	11	»	3	10	5	3	4	65	7	
TOTAUX de la 1re catég. .	273	225	220	151	163	248	339	304	325	264	293	287	3094	32	

55	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Totaux de la 1re catég.	273	225	220	151	163	248	339	304	325	264	293	287	3094	32	»
2e Catégorie.— *Autres.*															
Anémie	1	1	»	1	3	1	5	1	1	3	»	1	18	2	
Coliques	4	1	1	»	»	2	2	2	1	5	5	1	24	»	
Gastralgie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Scorbut	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Totaux de la 2e catég.	5	2	1	3	3	3	7	3	2	8	5	2	44	2	
Totaux des malad. endém.	278	229	221	154	166	251	346	307	327	272	298	289	3138	34	
MALAD. SPORADIQUES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Bronchite	2	4	3	»	»	2	1	»	»	6	5	4	27	»	
Pneumonie et pleurésie	»	1	»	2	»	»	1	»	»	»	1	1	6	»	
Phthisie pulmonaire	1	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	3	»	
Rhumatisme	»	1	»	3	»	»	1	»	»	4	»	»	9	»	
Totaux	3	6	3	5	1	2	3	1	»	10	6	5	45	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	1	2	1	»	1	»	»	2	1	»	4	»	12	1	
Totaux des malad. sporad.	4	8	4	5	2	2	3	3	1	10	10	5	57	1	
MALAD. CHIRURGICALES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux des mal. chirurg.	6	5	8	1	6	2	6	4	7	1	3	2	51	»	
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	1	»	»	»	1	»	2	»	3	1	1	9	»	
TOTAUX GÉNÉRAUX	288	243	233	160	174	256	355	316	335	286	312	297	3255	35	

No 56

TABLEAU DES MALADES DU POSTE DE BOKÉ (RIO NUÑEZ)

(1 AN, 1866-1867.—11 EUROPÉENS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	MORTS	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re CATÉG.—*Tropicales.*															
Fièvre jaune.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Variole.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX des malad. épid. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re CATÉG.—*Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre..	6	4	6	7	9	3	13	16	13	16	16	10	119	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	2	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	3	1	
Accès pernicieux.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	
Insolation.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Embarras gastrique.. . . .	»	1	3	»	»	»	1	4	1	2	3	»	15	»	
TOTAUX.	8	5	9	7	9	3	14	22	14	18	19	10	138	1	
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie. . .	»	2	1	1	1	1	1	1	»	»	»	2	10	»	
Hépatite..	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	4	1	
TOTAUX.	»	3	1	1	1	1	1	2	»	»	»	4	14	1	
TOTAUX de la 1re catég. .	8	8	10	8	10	4	15	24	14	18	19	14	152	2	

56	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2ᵉ Catégorie.— *Autres.*															
Anémie.	»	1	1	»	»	»	1	2	1	»	1	»	7	»	
Coliques.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Gastralgie.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Scorbut.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tétanos.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux de la 2ᵉ catég. .	»	1	1	»	»	»	1	2	1	»	1	»	7	»	
Totaux des malad. endém. .	8	9	11	8	10	4	16	26	15	18	20	14	159	2	
MALAD. SPORADIQUES															
1ʳᵉ Catég.— *Saisonnières.*															
Bronchite.	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	
Pneumonie et pleurésie. . .	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	
Phthisie pulmonaire. . . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Rhumatisme.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	
Totaux.	2	2	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	6	»	
2ᵉ Catégorie.— *Autres.* .	»	1	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	3	»	
Totaux des malad. sporad. .	2	3	»	1	»	»	»	1	»	1	»	1	9	»	
MALAD. CHIRURGICALES															
1ʳᵉ Catég.— *Saisonnières.*															
Furoncles.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2ᵉ Catégorie.— *Autres.* .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux des mal. chirurg. .	1	»	»	1	»	2	1	2	»	»	»	»	6	»	
MALAD. VÉNÉRIENNES. .	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	
TOTAUX GÉNÉRAUX. .	11	12	12	10	10	6	17	29	15	19	20	15	176	2	

N° 57 TABLEAU GÉNÉRAL DE LA MORTALITÉ DE L'HOPITAL DE SAINT-LOUIS PENDANT VINGT ANS (1853-1872).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	OBSERVATIONS	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Tropicales.*															
Fièvre jaune.	»	»	»	»	»	»	1	6	180	135	8	2	332		
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	1	6	180	135	8	2	332		
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra.	2	»	»	»	»	7	14	14	1	1	25	103	167		
Variole.	»	1	»	»	3	2	3	1	»	»	»	1	11		
TOTAUX.	2	1	»	»	3	9	17	15	1	1	25	104	178		
TOTAUX des malad. épid. .	2	1	»	»	3	9	18	21	181	136	33	106	510		
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re CATÉG. — *Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	7	6	»	2	2	4	»	2	4	6	8	8	49		
Accès pernicieux.	10	2	4	3	3	3	12	34	90	64	36	18	279		
Insolation.	2	3	1	2	1	1	»	4	1	2	3	3	23		
Embarras gastrique.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
TOTAUX.	19	11	5	7	6	8	12	40	95	72	47	29	351		
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie. . .	64	26	17	16	12	13	19	38	75	87	81	72	520		
Hépatite.	8	5	8	1	4	4	4	2	5	9	12	10	72		
TOTAUX.	72	31	25	17	16	17	23	40	80	96	93	82	592		
TOTAUX de la 1re catég. .	91	42	30	24	22	25	35	80	175	168	140	111	943		

Totaux de la 1re catég. . | 91 | 42 | 30 | 24 | 22 | 25 | 35 | 80 | 175 | 163 | 140 | 111 | 943

57	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2e CATÉGORIE.— *Autres.*															
Anémie.	12	3	2	1	4	»	4	1	7	3	6	4	47		
Coliques.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2		
Gastralgie.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Scorbut.	1	»	1	5	1	1	1	3	8	4	4	2	31		
Tétanos.	2	2	2	2	5	1	1	»	2	1	2	2	22		
Tœnia.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
TOTAUX de la 2e catég. .	15	5	5	8	10	2	6	5	17	8	12	9	102		
TOTAUX des malad. endém. .	106	47	35	32	32	27	41	85	192	176	152	120	1045		
MALAD. SPORADIQUES															
1re CATÉG.— *Saisonnières.*															
Bronchite.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Pneumonie et pleurésie. . .	9	11	12	9	8	9	»	3	5	3	4	5	78		
Phthisie pulmonaire. . . .	6	14	4	6	6	3	4	11	10	10	14	7	95		
Rhumatisme.	»	3	»	2	»	»	»	1	1	1	»	»	8		
TOTAUX.	15	28	16	17	14	12	4	15	16	14	18	12	181		
2e CATÉGORIE.— *Autres.* .	19	6	21	16	12	10	11	19	15	17	28	30	204		
TOTAUX des malad. sporad. .	34	34	37	33	26	22	15	34	31	31	46	42	385		
MALAD. CHIRURGICALES															
1re CATÉG.— *Saisonnières.*															
Furoncles.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Ophthalmie.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Ver de Guinée.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
2e CATÉGORIE.— *Autres.* .	6	9	4	7	12	4	12	5	12	8	8	7	94		
TOTAUX des mal. chirurg. .	6	9	4	7	12	4	12	5	12	8	8	7	94		
MALAD. VÉNÉRIENNES. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	«		
TOTAUX GÉNÉRAUX. .	148	91	76	72	73	62	86	145	416	351	239	275	2034		

N° 58

TABLEAU GÉNÉRAL DE LA MORTALITÉ DE L'HOPITAL DE GORÉE
PENDANT VINGT ANS (1853-1872).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT.	OCTOBR.	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	OBSERVATIONS	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MALADIES ÉPIDÉMIQUES															
1re CATÉG.—*Tropicales.*															
Fièvre jaune.	5	»	»	1	»	1	»	5	33	45	85	28	203		
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
TOTAUX.	5	»	»	1	»	1	»	5	33	45	85	28	203		
2e CATÉGORIE. — *Autres.*															
Choléra.	»	»	1	»	»	3	2	»	»	»	»	»	6		
Variole.	1	13	12	1	1	1	2	3	»	»	»	»	34		
TOTAUX.	1	13	13	1	1	4	4	3	»	»	»	»	40		
TOTAUX des malad. épid. .	6	13	13	2	1	5	4	8	33	45	85	28	243		
MALADIES ENDÉMIQUES															
1re CATÉG.—*Saisonnières.*															
A. *Paludiques.*															
Fièvre.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	8	2	8	5	6	2	»	5	4	13	12	6	71		
Accès pernicieux.	8	5	4	2	5	4	9	19	19	39	20	10	144		
Insolation.	3	2	4	3	4	2	2	1	»	1	1	»	23		
Embarras gastrique.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
TOTAUX.	19	9	16	10	15	8	11	25	23	53	33	16	238		
B. *Climatériques.*															
Diarrhée et dysenterie. . .	28	15	9	5	12	15	7	17	24	27	25	33	217		
Hépatite.	6	7	4	4	6	3	1	4	6	2	5	5	53		
TOTAUX.	34	22	13	9	18	18	8	21	30	29	30	38	270		
TOTAUX de la 1re catég. .	53	31	29	19	33	26	19	46	53	82	63	54	508		

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Totaux de la 1re catég.	53	31	29	19	33	26	19	46	53	82	63	54	508		
2e Catégorie.— *Autres.*															
Anémie	4	4	12	3	2	4	»	2	6	3	6	10	56		
Coliques	1	»	1	1	1	»	»	»	»	1	1	»	6		
Gastralgie	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2		
Scorbut	»	1	»	»	»	»	1	»	1	1	»	»	4		
Tétanos	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	»	»	14		
Tœnia	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Totaux de la 2e catég.	7	7	15	5	5	5	3	3	9	7	7	10	82		
Totaux des malad. endém.	60	38	44	24	38	31	22	49	62	88	70	64	590		
MALAD. SPORADIQUES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Bronchite	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Pneumonie et pleurésie	7	6	10	8	6	6	6	2	1	5	5	6	68		
Phthisie pulmonaire	4	10	12	8	12	6	4	1	5	9	7	5	83		
Rhumatisme	1	1	»	»	»	»	2	1	»	1	1	»	7		
Totaux	12	17	22	16	18	12	12	4	6	15	13	11	158		
2e Catégorie.— *Autres.*	14	9	11	6	4	10	10	9	5	8	16	7	109		
Totaux des malad. sporad.	26	26	33	22	22	22	22	13	11	23	29	18	267		
MALAD. CHIRURGICALES															
1re Catég.— *Saisonnières.*															
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
2e Catégorie.— *Autres.*	4	5	4	4	3	6	3	5	6	3	3	10	56		
Totaux des mal. chirurg.	4	5	4	4	3	6	3	5	6	3	3	10	56		
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	»	1	»	2	»	1	»	1	»	»	1	6		
TOTAUX GÉNÉRAUX	96	82	95	52	66	64	52	75	113	159	187	121	1162		

N°59.

TABLEAU DES MALADIES DE SAINT-LOUIS PAR CORPS DE TROUPE

PENDANT VINGT ANS (1853-1872).

DÉSIGNATION DES MALADIES	INFANT. 9.088	ARTILL. 2.721	CAVAL. 1.590	DISCIPL. 265	MARINE de l'État 2.702	TOTAL des corps dont l'ef. est connu 16.366	MARINE du commerce.	FONCTIONNAIRES Officiers.	FONCTIONNAIRES Sous-of.	CIVILS	TOTAL des EUROP.	NOIRS	TOTAL GÉNÉRAL	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
MALADIES ÉPIDÉMIQUES														
1re CATÉG.—*Tropicales.*														
Fièvre jaune.	318	66	33	2	187	606	17	13	18	15	669	»	669	
Fièvre rouge (Dengue). . .	30	9	6	»	8	53	»	2	3	»	58	»	58	
TOTAUX.	348	75	39	2	195	659	17	15	21	15	727	»	727	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*														
Choléra.	69	14	4	6	13	106	13	3	15	9	146	129	265	
Variole.	11	2	»	»	»	13	»	»	»	»	13	8	21	
TOTAUX.	80	16	4	6	13	119	13	3	15	9	159	137	286	
TOTAUX des malad. épid. .	428	91	43	8	208	778	30	18	36	24	886	137	1.013	
MALADIES ENDÉMIQUES														
1re CATÉG.—*Saisonnières.*														
A. *Paludiques.*														
Fièvre..	6.537	2.367	1.161	388	2.792	13.245	313	350	709	294	14.911	696	15.607	
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	79	34	10	14	26	163	»	2	6	»	171	7	178	
Accès pernicieux.	289	96	48	22	145	600	12	24	24	30	690	32	722	
Insolation.	8	6	»	»	8	22	»	4	4	2	32	10	42	
Embarras gastrique.. . . .	182	69	25	34	95	405	43	31	21	45	545	177	722	
TOTAUX.	7.095	2.572	1.244	458	3.066	14.435	368	411	764	371	16.349	922	17.271	
B. *Climatériques.*														
Diarrhée et dysenterie. . .	3.154	889	291	135	624	5.093	153	97	202	106	5.651	1.240	6,891	
Hépatite..	462	69	140	8	93	772	10	13	10	5	810	186	996	
TOTAUX.	3.616	958	431	143	717	5.865	163	110	212	111	6.461	1.426	7.887	
TOTAUX de la 1re catég. .	10.711	3.530	1.675	601	3.783	20.300	541	521	976	482	22.810	2.348	25.158	

59

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
2e Catégorie.— *Autres.*														
Anémie	1.130	195	24	40	228	1.617	18	48	93	35	1.811	»	1.811	
Coliques	103	62	»	5	52	222	5	15	40	12	294	21	315	
Gastralgie	75	13	12	3	32	135	12	26	51	12	236	»	236	
Scorbut	10	12	»	10	30	62	32	2	4	5	105	104	209	
Tétanos	3	»	»	»	2	5	»	»	»	»	5	18	23	
Tœnia	113	25	»	6	12	156	»	12	28	»	196	303	499	
Totaux de la 2e catég.	1.434	307	36	64	356	2.197	67	103	216	64	2.647	446	3.093	
Totaux des malad. endém.	12.145	3.837	1.711	665	4.139	22.497	608	624	1.192	546	25.457	2.794	28.251	
MALAD. SPORADIQUES														
1re Catég.— *Saisonnières.*														
Bronchite	411	186	49	10	204	860	25	18	79	58	1.040	554	1.594	
Pneumonie et pleurésie	87	12	5	13	35	152	18	12	38	19	239	230	469	
Phthisie pulmonaire	59	»	2	2	30	93	4	7	13	»	105	102	207	
Rhumatisme	164	20	14	2	46	246	15	12	28	17	318	116	434	
Totaux	721	218	70	27	315	1.351	62	49	158	94	1.702	1.002	2.704	
2e Catégorie.— *Autres.*	990	253	243	83	203	1.772	48	109	109	117	2.167	1.132	3.299	
Totaux des malad. sporad.	1.711	471	313	110	518	3.123	110	158	267	211	3.869	2.134	6.003	
MALAD. CHIRURGICALES														
1re Catég.— *Saisonnières.*														
Furoncles	36	7	14	8	22	87	2	6	6	3	104	»	104	
Ophthalmie	43	14	5	2	12	76	2	5	8	9	100	101	201	
Ver de Guinée	4	2	»	»	»	6	»	»	»	»	6	239	245	
Totaux	83	23	19	10	34	169	4	11	14	12	210	340	550	
2e Catégorie.— *Autres.*	750	270	390	20	205	1.635	38	12	38	31	1.754	1.962	3.716	
Totaux des mal. chirurg.	833	293	409	30	239	1.804	42	23	52	43	1.964	2.302	4.266	
MALAD. VÉNÉRIENNES	982	303	256	14	384	1.939	43	64	99	116	2.261	881	3.152	
TOTAUX GÉNÉRAUX	16.099	4.995	2.732	827	5.488	30.141	833	887	1.646	940	34.437	8.248	42.685	

N° 60.

TABLEAU DES MALADES DE L'HOPITAL DE GORÉE PAR CORPS DE TROUPE
PENDANT VINGT ANS (1853-1872).

DÉSIGNATION DES MALADIES	INFANT. 4.325	ARTILL. 1.075	DISCIPL. 1.612	TOTAL des corps dont l'ef. est connu 7.012	MARINE de l'État	MARINE du commerce.	DIVERS	CIVILS	TOTAL des EUROP.	NOIRS	TOTAL GÉNÉRAL	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
MALADIES ÉPIDÉMIQUES												
1re CATÉG. — *Tropicales.*												
Fièvre jaune.	153	86	26	265	107	15	»	18	405	6	411	
Fièvre rouge (Dengue). . .	52	17	2	71	2	1	3	2	79	»	79	
TOTAUX.	205	103	28	336	109	16	3	20	384	6	490	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*												
Choléra.	3	»	1	4	»	4	»	»	8	6	14	
Variole.	13	3	1	17	8	2	»	8	35	33	68	
TOTAUX.	16	3	2	21	8	6	»	8	43	39	82	
TOTAUX des malad. épid. .	221	106	30	357	117	22	3	28	527	45	572	
MALADIES ENDÉMIQUES												
1re CATÉG. — *Saisonnières.*												
A. *Paludiques.*												
Fièvre.	3.577	854	1.396	5.827	1.494	511	1.149	149	9.130	210	9.340	
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	106	22	85	213	10	2	56	7	288	»	288	
Accès pernicieux.	70	15	61	146	45	13	51	13	268	10	278	
Insolation.	26	2	6	34	2	11	13	3	63	9	72	
Embarras gastrique.	58	15	9	82	30	14	30	8	164	21	185	
TOTAUX.	3.837	908	1.557	6.302	1.581	551	1.299	180	9.913	250	10.163	
B. *Climatériques.*												
Diarrhée et dysenterie. . .	1.156	254	470	1.880	535	90	432	69	3.006	186	3.192	
Hépatite.	146	48	65	259	64	17	136	16	492	41	533	
TOTAUX.	1.302	302	535	2.139	599	107	568	85	3.498	227	3.725	
TOTAUX de la 1re catég. .	5.139	1.210	2.092	8.441	2.180	658	1.867	265	13.411	477	13.888	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Totaux de la 1re catég. .	5.139	1.210	2.092	8.441	2.180	658	1.867	265	13.411	477	13.888	
2e Catégorie.— *Autres.*												
Anémie.	528	150	374	1.052	458	65	342	54	1.971	44	2.015	
Coliques.	72	27	12	113	96	35	53	47	344	13	357	
Gastralgie.	17	4	4	25	20	6	16	3	70	2	72	
Scorbut.	9	»	15	24	30	32	10	2	98	14	112	
Tétanos.	»	»	1	1	»	1	»	1	3	13	16	
Tœnia.	35	14	14	63	4	1	17	»	85	2	87	
Totaux de la 2e catég. .	663	195	420	1.278	608	140	438	107	2.571	88	2.659	
Totaux des malad. endém. .	5.802	1.405	2.512	9.719	2.788	198	2.305	372	15.982	565	16.547	
MALAD. SPORADIQUES												
1re Catég.— *Saisonnières.*												
Bronchite.	189	56	86	331	128	34	140	22	655	120	775	
Pneumonie et pleurésie. . .	24	6	9	39	35	19	43	17	153	131	284	
Phthisie pulmonaire. . . .	47	11	12	70	75	16	53	15	229	31	260	
Rhumatisme.	57	14	13	84	84	27	38	12	245	54	299	
Totaux.	317	87	120	524	322	96	274	66	1.282	336	1.618	
2e Catégorie.— *Autres.* .	259	76	116	451	188	63	202	42	946	189	1.135	
Totaux des malad. sporad. .	576	163	236	975	510	159	476	108	2.228	525	2.753	
MALAD. CHIRURGICALES												
1re Catég.— *Saisonnières.*												
Furoncles.	20	9	4	33	14	5	9	1	62	5	67	
Ophthalmie.	27	9	9	45	11	5	36	6	103	25	128	
Ver de Guinée.	8	1	1	10	»	»	10	»	20	2	22	
Totaux.	55	19	14	88	25	10	55	7	185	32	217	
2e Catégorie.— *Autres.* .	365	117	206	688	272	124	312	46	1.442	611	2.053	
Totaux des mal. chirurg. .	420	136	220	776	297	134	367	53	1.627	643	2.270	
MALAD. VÉNÉRIENNES. .	489	142	236	867	202	84	203	51	1.407	257	1.664	
TOTAUX GÉNÉRAUX. .	7.508	1.952	3.234	12.694	3.914	1.197	3.354	612	21.771	2.035	23.806	

TABLEAU DE LA FRÉQUENCE PROPORTIONNELLE DES MALADIES

N° 61. DANS LES CORPS DONT L'EFFECTIF EST CONNU.

DÉSIGNATION DES MALADIES	SAINT-LOUIS						GORÉE				OBSERVATIONS
	INFANT. 9.088	ARTILL. 2.721	CAVAL. 1.590	DISCIPL. 265	MARINE de l'État 2.702	TOTAL 16.366	INFANT. 4.325	ARTILL. 1.075	DISCIPL. 1.612	TOTAL 7.012	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
MALADIES ÉPIDÉMIQUES											
1re Catég. — *Tropicales.*											
Fièvre jaune.	3.4	2.4	2.07	0.7	6.9	3.7	3.5	8.00	1.6	3.7	
Fièvre rouge (Dengue). . .	0.3	0.3	0.2	»	0.29	0.3	1.2	1.5	0.1	1.01	
Totaux.	3.7	2.7	2.4	0.7	7.2	4.02	4.7	9.5	1.7	4.7	
2e Catégorie. — *Autres.*											
Choléra.	0.7	0.5	0.25	2.2	0.48	0.6	0.06	»	0.06	0.05	
Variole.	0.1	0.07	»	»	»	0.08	0.3	0.27	0.06	0.17	
Totaux.	0.8	0.5	0.25	2.2	0.48	0.7	0.3	0.27	0.12	0.22	
Totaux des malad. épid. .	4.5	3.2	0.6	2.9	7.6	4.9	5.10	9.8	1.8	4.9	
MALADIES ENDÉMIQUES											
1re Catég. — *Saisonnières.*											
A. *Paludiques.*											
Fièvre.	71.9	80.7	73.0	146.4	103.3	80.9	82.7	79.4	86.4	83.1	
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	0.8	1.2	0.6	5.2	0.9	0.9	2.4	2.04	5.2	3.03	
Accès pernicieux.	3.1	3.6	3.0	8.3	5.3	3.6	1.6	1.39	3.8	2.08	
Insolation.	0.08	0.2	»	»	0.29	0.13	0.6	0.18	0.4	0.4	
Embarras gastrique. . . .	2.00	2.6	1.5	12.8	3.5	2.4	1.3	1.39	0.4	1.16	
Totaux.	78.06	94.5	78.2	172.8	113.4	88.2	88.7	84.4	96.5	89.8	
B. *Climatériques.*											
Diarrhée et dysenterie. . .	34.7	32.6	18.3	50.9	23.0	31.1	26.7	23.6	29.4	26.8	
Hépatite.	5.08	2.5	8.8	3.0	3.4	4.7	3.3	4.04	4.1	3.6	
Totaux.	39.7	35.2	27.1	53.9	26.5	35.8	30.0	28.0	33.1	30.5	
Totaux de la 1re catég. .	117.7	129.8	105.3	226.8	139.9	124.1	118.8	112.5	129.6	120.3	

61	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Totaux de la 1re catég.	117.7	129.8	105.3	226.8	139.9	124.1	118.8	112.5	129.6	120.3
2e Catégorie.— *Autres.*										
Anémie	12.4	7.16	1.5	15.09	8.4	9.8	12.2	13.9	23.2	15.0
Coliques	1.1	2.2	»	1.8	1.9	1.3	1.7	2.5	0.7	1.6
Gastralgie	0.8	0.48	0.75	1.13	1.18	0.8	0.4	0.3	0.2	0.35
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	1.2	0.92	»	2.2	0.44	0.9	0.8	1.3	0.9	0.89
Totaux de la 2e catég.	15.6	11.2	2.2	24.1	13.1	13.4	15.3	18.1	26.05	18.19
Totaux des malad. endém.	133.4	141.1	107.5	250.9	153.1	137.4	134.1	130.7	153.8	138.6
MALAD. SPORADIQUES										
1re Catég.— *Saisonnières.*										
Bronchite	4.5	6.8	3.08	3.7	7.5	5.2	4.3	5.2	5.2	4.7
Pneumonie et pleurésie	0.9	0.44	0.31	4.9	1.2	0.9	0.6	0.5	0.4	0.55
Phthisie pulmonaire	0.6	»	0.12	0.7	1.1	0.5	1.1	1.02	0.7	0.9
Rhumatisme	1.8	0.7	0.8	0.7	1.7	1.5	1.2	1.3	0.7	1.19
Totaux	7.9	8.00	4.4	10.1	11.6	8.2	7.3	8.00	7.4	7.3
2e Catégorie.— *Autres.*	10.8	0.9	15.2	31.3	7.5	10.8	5.9	7.07	7.2	6.4
Totaux des malad. sporad.	18.8	8.9	19.7	41.5	19.2	19.1	13.3	15.4	14.6	13.8
MALAD. CHIRURGICALES										
1re Catég.— *Saisonnières.*										
Furoncles	0.39	0.25	0.8	3.0	0.8	0.5	0.4	0.83	0.2	0.47
Ophthalmie	0.47	0.50	0.31	0.7	0.4	0.46	0.6	0.83	0.4	0.6
Ver de Guinée	0.04	0.07	»	»	»	0.03	0.2	0.09	0.06	0.14
Totaux	0.9	0.84	1.15	3.7	1.2	1.03	1.2	1.7	0.8	1.21
2e Catégorie.— *Autres.*	8.2	9.9	24.5	7.5	7.5	9.9	8.4	10.8	12.6	9.8
Totaux des mal. chirurg.	9.2	10.8	25.7	11.2	8.7	11.0	9.7	12.6	13.6	11.5
MALAD. VÉNÉRIENNES	10.8	11.1	16.1	5.2	14.2	11.8	11.3	13.2	14.6	12.3
TOTAUX GÉNÉRAUX	175.9	183.5	165.4	312.1	203.1	184.1	173.6	181.5	200.4	178.5

N°62.

TABLEAU DU TEMPS DE SÉJOUR A LA COLONIE DES MALADES

TRAITÉS A L'HOPITAL DE GORÉE (TANT POUR 100 DÉDUIT DE 20 ANNÉES DE STATISTIQUE).

DÉSIGNATION DES MALADIES	1 MOIS et de passage	2 MOIS	3 MOIS	4 MOIS	5 MOIS	6 MOIS	7 MOIS	8 MOIS	9 MOIS	10 MOIS	11 MOIS	12 MOIS	12 à 15 MOIS	15 à 18 MOIS	18 à 24 MOIS	24 à 30 MOIS	30 à 36 MOIS	AU-DESSUS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
MALADIES ÉPIDÉMIQUES																		
1re Catég. — *Tropicales.*																		
Fièvre jaune.	15.4	2.5	1.0	2.5	1.5	4.6	2.0	1.5	1.0	1.5	1.0	6.7	2.5	2.5	11.3	8.2	16.4	17.0
Fièvre rouge (Dengue). . .	37.1	5.7	»	1.4	2.8	5.7	4.2	2.8	1.4	7.1	2.8	5.7	4.2	1.4	8.5	1.4	4.2	2.8
Totaux.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e Catégorie. — *Autres.*																		
Choléra.	3.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole.	23.0	»	3.8	11.5	»	3.8	»	»	»	»	»	»	3.8	3 8	19.2	3.8	7.7	19.2
Totaux.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux des malad. épid. .	22.1	3.0	1.0	3.0	1.7	4.7	2.6	1.7	1.0	2.7	1.3	5.8	3.0	2.6	11.2	6.1	12.6	15.6
MALADIES ENDÉMIQUES																		
1re Catég. — *Saisonnières.*																		
A. *Paludiques.*																		
Fièvre.	13.0	7.1	7.1	3.8	1.8	3.2	1.9	2.4	2.9	2.9	1.7	6.9	4.5	5.6	11.4	5.4	7.7	10.0
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	»	»	»	»	»	5.4	»	»	»	3.6	1.7	»	14.5	1.7	21.8	10.9	21.8	18.1
Accès pernicieux.	14.8	3.7	9.2	1.8	»	3.6	3.6	»	»	5.5	1.8	1.8	1.8	5.5	11.1	7.4	18.5	9.2
Insolation.	25.0	12.5	»	4.1	8.3	4.1	»	4.1	»	4.1	4.1	»	»	»	8.3	»	20.8	4.1
Embarras gastrique.	33.3	1.2	1.2	1.2	1.2	7.6	»	3.8	1.2	2.5	5.1	5.1	2.5	2.5	7.6	2.5	5.1	15.3
Totaux.	13.0	7.1	7.1	3.8	1.8	3.2	1.9	2.4	2.9	2.9	1.7	6.9	4.5	5.6	11.4	5.4	7.7	10.0
B. *Climatériques.*																		
Diarrhée et dysenterie. . .	13.5	4.4	3.4	4.3	2.7	4.6	2.6	3.3	3.8	3.4	1.7	5.1	7.4	5.7	12.8	4.8	8.0	7.8
Hépatite.	8.8	0.4	5.0	1.2	0.4	3.3	1.6	3.3	3.7	1.6	2.1	5.0	2.9	7.5	16.3	6.3	10.0	19.7
Totaux.	13.5	4.4	3.4	4.3	2.7	4.6	2.6	3.3	3.8	3.4	1.7	5.1	7.4	5.7	12.8	4.8	8.0	7.8
Totaux de la 1re catég. .	13.5	7.0	6.8	4.0	2.0	3.4	2.0	2.6	3.0	3.0	1.7	6.2	5.8	5.7	12.5	5.2	7.9	9.5

Totaux de la 1re catég.	13.5	7.0	6.8	4.0	2.0	3.4	2.0	2.6	3.0	3.0	1.7	6.2	5.8	5.7	12.5	5.2	7.9	9.5

62	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2e Catégorie.— *Autres.*																		
Anémie	13.8	1.0	1.6	4.1	2.1	2.3	1.7	1.6	2.2	2.0	2.2	5.7	6.7	7.4	16.3	7.4	8.3	12.0
Coliques	30.7	4.2	2.4	3.5	2.9	2.9	0.6	1.2	1.2	2.4	1.2	2.9	9.5	4.2	9.5	2.9	5.9	11.3
Gastralgie	36.6	6.6	1.6	1.6	5.0	»	1.6	5.0	1.6	3.3	6.6	3.3	1.6	8.3	3.3	1.6	11.6	»
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	»	»	»	»	»	6.0	3.0	»	»	»	»	9.0	3.0	9.0	18.4	15.1	15.1	21.2
Totaux de la 2e catég.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux des malad. endém.	14.0	5.4	5.3	3.7	2.0	3.4	2.0	2.5	2.9	2.9	1.8	6.2	5.3	5.8	12.4	5.5	8.0	10.1
MALAD. SPORADIQUES																		
1re Catég.— *Saisonnières.*																		
Bronchite	24.5	3.7	3.0	2.3	8.1	2.7	1.0	2.3	2.7	4.1	4.1	4.6	3.0	4.6	8.8	3.0	5.4	10.8
Pneumonie et pleurésie	27.1	8.4	3.3	1.6	1.6	»	»	1.6	»	3.3	3.3	1.6	15.2	5.0	6.7	»	8.4	11.8
Phthisie pulmonaire	34.1	7.0	3.5	4.7	1.1	2.3	3.5	5.8	2.3	»	1.1	3.5	5.8	11.7	4.7	»	1.1	7.0
Rhumatisme	31.4	0.7	0.7	1.3	2.0	2.0	0.7	4.1	5.5	1.3	1.3	4.8	4.1	3.4	11.8	2.8	3.4	10.4
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e Catégorie.— *Autres.*	30 8	6.1	2.1	2.3	4.5	3.3	1.5	2.3	2.7	2.9	1.7	4.1	3.7	6.3	7.3	4.3	3.5	9.5
Totaux des malad. sporad.	30.2	4.9	2.4	2.4	4.8	2.8	1.4	2.9	2.9	2.9	2.4	4.2	4.4	5.9	8.1	3.2	4.1	9.9
MALAD. CHIRURGICALES																		
1re Catég.— *Saisonnières.*																		
Furoncles	32.1	»	3.5	»	3.5	»	»	»	»	3.5	»	10.7	»	14.2	21.4	3.5	»	7.1
Ophthalmie	26.3	5.2	»	5.2	10.4	»	»	2.6	5.2	»	»	5.2	»	2.6	13.4	7.8	2.6	13.4
Ver de Guinée	18.7	12.5	6.2	6.2	6.2	»	»	»	»	6.2	»	6.2	»	»	25.0	6.2	»	6.2
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e Catégorie.— *Autres.*	30.4	3.2	3.4	3.0	2.5	3.7	2.9	3.6	1.9	3.4	2.3	3.4	2.7	4.4	8.9	4.8	5.7	8.9
Totaux des mal. chirurg.	30.0	3.3	3.3	3.1	3.0	3.3	2.6	3.3	2.0	3.3	2.1	3.9	2.5	4.6	9.8	5.0	5.2	9.0
MALAD. VÉNÉRIENNES	21.8	2.4	2.1	2.1	1.8	2.3	2.7	2.1	1.4	2.0	1.4	4.6	3.5	4.6	11.1	6.1	8.7	17.3
TOTAUX GÉNÉRAUX	17.6	4.9	4.5	3.4	2.3	3.3	2.0	2.5	2.7	2.8	1.8	5.7	4.8	5.5	11.7	5.3	7.6	10.6

N° 63.

TABLEAU DES CONVALESCENTS DES HOPITAUX DE SAINT-LOUIS ET DE GORÉE

PAR CORPS DE TROUPE.

DÉSIGNATION DES MALADIES	SAINT-LOUIS									GORÉE						
	INFANT. 9.088	ARTILL. 2.721	CAVAL. 1.590	DISCIPL. 265	MARINE 2.702	TOTAUX des corps dont l'eff. est connu 16.366	DIVERS Officiers.	DIVERS Sous-off.	TOTAL	INFANT. 4.325	ARTILL. 1.075	DISCIPL. 1.612	TOTAUX des corps dont l'eff. est connu 7.012	MARINE	DIVERS	TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
MALADIES ÉPIDÉMIQUES																
1re Catég. — *Tropicales.*																
Fièvre jaune	7	2	2	»	3	14	2	1	17	32	18	33	83	32	30	145
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	7	2	2	»	3	14	2	1	17	32	18	33	83	32	30	145
2e Catégorie. — *Autres.*																
Choléra	12	6	2	»	8	28	1	3	32	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	12	6	2	»	8	28	1	3	32	»	»	»	»	»	»	»
Totaux des malad. épid.	19	8	4	»	11	42	3	4	49	32	18	33	83	32	30	145
MALADIES ENDÉMIQUES																
1re Catég. — *Saisonnières.*																
A. *Paludiques.*																
Fièvre	381	101	47	»	472	991	22	7	1.020	95	21	55	171	78	31	280
Fièvre bilieuse mélanuriq.	23	9	»	»	4	36	2	5	43	22	16	15	53	1	2	56
Accès pernicieux	12	6	2	»	11	31	5	3	39	6	»	1	7	2	2	11
Insolation	5	2	1	»	3	14	»	4	15	»	»	»	»	»	1	1
Embarras gastrique	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	411	118	50	»	490	1.072	29	19	1.117	123	37	71	231	81	36	348
B. *Climatériques*																
Diarrhée et dysenterie	357	130	44	4	106	641	14	9	664	105	13	34	152	39	23	214
Hépatite	132	34	30	3	35	234	23	2	259	15	4	12	31	36	14	81
Totaux	489	164	74	7	141	875	37	11	923	120	17	46	183	75	37	295
Totaux de la 1re catég.	900	282	124	7	631	1.947	66	30	2.040	243	54	117	414	156	73	643

63

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2e Catégorie. — *Autres.*	190	42	15	5	68	320	16	2	338	136	39	47	222	88	32	342
Anémie	20	5	»	»	41	66	8	3	77	5	2	2	9	18	4	31
Coliques	12	10	6	»	9	37	14	4	55	5	»	»	5	2	13	20
Gastralgie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux de la 2e catég.	226	58	21	5	122	432	38	9	479	148	41	53	242	110	49	411
Totaux des malad. endém.	1.126	340	145	12	753	2.371	104	39	2.519	391	95	170	656	266	122	1.044
MALAD. SPORADIQUES																
1re Catég. — *Saisonnières.*																
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Bronchite	5	3	1	»	1	10	»	»	10	1	2	2	5	6	3	14
Pneumonie et pleurésie	40	19	3	»	25	87	9	2	98	19	3	11	33	33	9	75
Phthisie pulmonaire	12	8	»	»	13	33	4	1	38	2	»	1	3	6	2	11
Rhumatisme																
Totaux	57	30	4	»	39	130	13	3	146	22	5	14	41	45	14	100
2e Catégorie. — *Autres.*	30	13	3	6	10	62	7	3	72	15	1	5	21	10	9	40
Totaux des malad. sporad.	87	43	7	6	49	192	20	6	218	37	6	19	62	55	23	140
MALAD. CHIRURGICALES																
1re Catég. — *Saisonnières.*																
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Furoncles	3	1	1	1	»	6	1	1	8	»	»	»	»	»	»	»
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ver de Guinée																
Totaux	3	1	1	1	»	6	1	1	8	»	»	»	»	»	»	»
2e Catégorie. — *Autres.*	33	4	11	8	13	69	4	1	74	13	3	19	35	24	4	63
Totaux des mal. chirurg.	36	5	12	9	13	82	5	2	82	13	3	19	35	24	4	63
MALAD. VÉNÉRIENNES	1	»	»	2	1	4	1	»	5	2	»	3	5	2	3	10
TOTAUX GÉNÉRAUX	1.269	396	168	29	827	2.692	133	51	2.873	475	122	244	841	379	182	1.402

N° 64.

TABLEAU DES CONVALESCENTS DES HOPITAUX DE SAINT-LOUIS ET DE GORÉE
RELATIVEMENT AUX MALADES.

DÉSIGNATION DES MALADIES	SAINT-LOUIS									GORÉE						
	INFANT. 9.088	ARTILL. 2.721	CAVAL. 1.590	DISCIPL. 265	MARINE 2.702	TOTAUX des corps dont l'eff. est connu 16.366	DIVERS Officiers.	DIVERS Sous-off.	TOTAL	INFANT. 4.325	ARTILL. 1.075	DISCIPL. 1.612	TOTAUX des corps dont l'eff. est connu 7.012	MARINE	DIVERS	TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
MALADIES ÉPIDÉMIQUES																
1re Catég. — *Tropicales.*																
Fièvre jaune	2.0	3.0	6.6	»	1.6	2.3	1.5	55.5	2.6	20.9	20.9	12.7	31.3	77.0	»	35.3
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	2.1	3.0	5.1	»	1.5	2.2	1.3	47.6	2.4	20.9	20.9	12.7	31.3	77.9	10.0	29.8
2e Catégorie. — *Autres.*																
Choléra	15.4	4.2	2.0	»	61.5	20.4	33 3	20.0	3.8	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	15.0	3.7	2.0	»	61.5	24.3	33.3	20.0	2.3	»	»	»	»	»	»	»
Totaux des malad. épid.	4.4	8.8	9.3	»	5.3	5.4	16.6	11.1	5.8	20.9	20.9	12.7	31.3	77.0	10.0	25.3
MALADIES ENDÉMIQUES																
1re Catég. — *Saisonnières.*																
A. *Paludiques.*																
Fièvre	5.8	4.3	4.1	»	16.9	7.5	6.3	0.9	7.1	2.6	2.4	3.9	2.9	5.2	2.6	2.9
Fièvre bilieuse mélanuriq.	29.1	26.4	»	»	15.4	22.1	83.3	25.1	25.4	20.7	72.2	17.6	24.8	10.0	3.8	19.5
Accès pernicieux	4.1	6.2	4.2	»	7.5	5.2	12.5	6.0	6.0	8.5	»	1.6	4.8	4.4	4.0	3.8
Insolation	62.5	33.3	1.0	»	37.5	63.6	»	99.9	5.0	»	»	»	»	»	7.5	1.2
Embarras gastrique	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	5.8	4.6	4.0	»	15.9	7.4	7.0	2.5	7.1	3.2	4.1	4.6	3.7	5.1	3.0	3.4
B. *Climatériques.*																
Diarrhée et dysenterie	11.3	14.6	15.1	2.9	15.2	12.6	14.4	4.4	12.3	»	»	»	»	7.1	5.4	6.7
Hépatite	28.6	49.2	21.4	37.5	37.6	30.3	17.6	20.0	32.0	»	»	»	»	56.2	10.2	15.2
Totaux	13.5	17.1	17.2	4.9	19.6	14.9	33.7	5.2	14.9	0.9	5.6	8.6	2.1	12.5	6.5	7.8
Totaux de la 1re catég.	8.4	7.9	7.4	1.2	16.7	9.5	12.7	3.1	9.3	10.6	4.5	5.6	4.9	7.1	4.4	4.6

64	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2e CATÉGORIE.— *Autres.*																
Anémie.	16.8	21.5	62.5	12.5	29.4	13.6	3.3	2.1	19.7	25.7	26.0	12.5	21.1	17.1	9.2	16.8
Coliques.	1.9	8.1	»	»	78.8	29.7	53.3	7.5	27.7	6.7	7.4	16.6	7.9	20.0	3.9	8.6
Gastralgie.	16.0	76.9	50.0	»	31.2	27.4	53.8	7.8	25.9	29.4	»	»	2.0	10.0	81.2	27.7
Scorbut.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX de la 2e catég.	15.7	18.9	58.3	7.8	34.2	19.6	36.9	4.1	19.0	22.3	21.0	12.6	18.9	19.7	1.1	15.4
TOTAUX des malad. endém.	9.3	8.8	8.5	1.8	18.2	10.5	16.6	3.3	10.3	6.7	6.7	6.7	6.8	9.5	5.2	6.2
MALAD. SPORADIQUES																
1re CATÉG.— *Saisonnières.*																
Bronchite.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pneumonie et pleurésie.	5.7	2.5	2.0	»	2.8	6.6	»	»	6.5	0.5	3.5	2.3	1.4	17.1	6.8	1.9
Phthisie pulmonaire.	67.8	19.0	15.0	»	83.3	93.5	92.8	95.3	86.7	79.2	50.0	90.2	84.6	44.4	17.5	24.0
Rhumatisme.	7.3	4.0	»	»	28.3	13.4	33.3	2.6	13.3	3.5	»	7.6	3.5	7.1	5.3	3.9
TOTAUX.	7.9	13.7	5.7	»	12.4	9.6	26.5	1.9	9.4	6.9	5.7	11.6	7.8	13.9	5.1	6.1
2e CATÉGORIE.— *Autres.*	3.1	5.1	1.3	»	4.9	3.5	6.4	2.7	3.6	5.8	1.1	5.1	4.6	4.3	4.3	3.4
TOTAUX des malad. sporad.	5.1	9.1	2.3	5.4	9.4	6.1	12.6	2.2	6.1	6.4	3.7	8.1	6.3	10.7	4.8	5.2
MALAD. CHIRURGICALES																
1re CATÉG.— *Saisonnières.*																
Furoncles.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ophthalmie.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ver de Guinée.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e CATÉGORIE.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX des mal. chirurg.	4.3	1.7	2.9	3.0	5.4	4.5	21.7	3.8	4.4	3.1	2.2	8.6	4.5	8.0	1.2	2.6
MALAD. VÉNÉRIENNES.	»	»	»	14.2	0.2	0.2	1.5	»	0.2	0.4	»	1.3	0.6	0.9	1.4	0.7
TOTAUX GÉNÉRAUX.	7.8	7.9	6.1	3.5	15.1	8.9	14.9	3.1	8.8	6.3	6.2	7.5	6.6	9.9	5.4	5.9

N° 65.

TABLEAU DES CONVALESCENTS DES HOPITAUX DE SAINT-LOUIS ET DE GORÉE

RELATIVEMENT A L'EFFECTIF.

DÉSIGNATION DES MALADIES	SAINT-LOUIS									GORÉE						
	INFANT. 9.088	ARTILL. 2.721	CAVAL. 1.590	DISCIPL. 265	MARINE 2.702	TOTAUX des corps dont l'eff. est connu 16.366	DIVERS Officiers.	DIVERS Sous-off.	TOTAL	INFANT. 4.325	ARTILL. 1.075	DISCIPL. 1.612	TOTAUX des corps dont l'eff. est connu 7.012	MARINE	DIVERS	TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
MALADIES ÉPIDÉMIQUES																
1re Catég. — *Tropicales.*																
Fièvre jaune	0.07	0.07	0.12	»	0.11	0.08	»	»	»	0.73	1.67	2.04	1.18	»	»	»
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	0.07	0.07	0.12	»	0.11	0.08	»	»	»	0.73	1.67	2.04	1.18	»	»	»
2e Catégorie. — *Autres.*																
Choléra	0.13	0.22	0.12	»	0.29	0.17	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	0.13	0.22	0.12	»	0.29	0.17	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux des malad. épid.	0.20	0.29	0.25	»	0.40	0.25	»	»	»	3.2	1.67	2.04	8.18	»	»	»
MALADIES ENDÉMIQUES																
1re Catég. — *Saisonnières.*																
A. *Paludiques.*																
Fièvre	4.19	3.71	2.95	»	17.46	6.05	»	»	»	2.19	1.95	3.41	2.43	»	»	»
Fièvre bilieuse mélanuriq.	0.25	0.33	»	»	0.14	0.22	»	»	»	0.50	1.47	0.93	0.75	»	»	»
Accès pernicieux	0.13	0.22	0.12	»	0.40	0.18	»	»	»	0.13	»	0.06	0.09	»	»	»
Insolation	0.05	0.07	0.06	»	0.11	0.08	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Embarras gastrique	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	4.52	4.33	3.14	»	18.13	6.55	»	»	»	2.84	3.44	4.40	3.29	»	»	»
B. *Climatériques.*																
Diarrhée et dysenterie	3.92	4.77	2.76	1.50	3.92	3.90	»	»	»	2.42	1.20	2.10	2.16	»	»	»
Hépatite	1.45	1.24	1.88	1.13	1.29	1.42	»	»	»	0.34	0.38	0.74	0.44	»	»	»
Totaux	4.56	6.02	4.65	2.64	5.21	5.34	»	»	»	2.77	0.15	2.85	2.60	»	»	»
Totaux de la 1re catég.	9.90	10.36	7.79	2.64	23.35	11.89	»	»	»	5.47	5.02	7.25	5.90	»	»	»

65

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2ᵉ CATÉGORIE.— *Autres.*																
Anémie	2.09	1.54	0.94	1.88	2.51	1.95	»	»	»	3.14	3.62	2.91	3.16	»	»	»
Coliques	0.22	0.18	»	»	1.51	0.40	»	»	»	0.11	0.18	0.18	0.12	»	»	»
Gastralgie	0.13	0.36	0.37	»	0.33	0.22	»	»	»	0.11	»	»	0.07	»	»	»
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX de la 2ᵉ catég.	2.48	2.13	1.32	1.80	4.51	2.63	»	»	»	3.42	3.82	3.28	3.45	»	»	»
TOTAUX des malad. endém.	12.38	12.49	9.41	4.52	27.86	13.87	»	»	»	9.04	8.83	10.54	9.35	»	»	»
MALAD. SPORADIQUES																
1ʳᵉ CATÉG.— *Saisonnières.*																
Bronchite	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pneumonie et pleurésie	0.05	0.11	0.06	»	0.03	0.06	»	»	»	0.02	0.18	0.12	0.07	»	»	»
Phthisie pulmonaire	0.43	0.69	0.18	»	0.92	0.53	»	»	»	0.43	0.27	0.68	0.47	»	»	»
Rhumatisme	0.13	0.29	»	»	0.48	0.20	»	»	»	0.04	»	0.06	0.04	»	»	»
TOTAUX	0.62	1.10	0.25	»	1.44	0.79	»	»	»	0.50	0.46	0.86	0.58	»	»	»
2ᵉ CATÉGORIE.— *Autres.*	0.33	0.47	0.18	0.75	0.34	0.37	»	»	»	0.43	0.09	0.31	0.29	»	»	»
TOTAUX des malad. sporad.	0.95	1.51	0.44	0.75	1.81	1.17	»	»	»	0.85	0.55	1.14	0.88	»	»	»
MALAD. CHIRURGICALES																
1ʳᵉ CATÉG.— *Saisonnières.*																
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ophthalmie	0.03	0.03	0.06	0.30	»	0.03	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX	0.03	0.03	0.06	0.30	»	0.03	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2ᵉ CATÉGORIE.— *Autres.*	0.36	0.14	0.69	1.28	0.48	0.42	»	»	»	0.30	0.27	1.14	0.49	»	»	»
TOTAUX des mal. chirurg.	0.39	0.18	0.75	3.39	0.48	0.50	»	»	»	0.30	0.27	1.14	0.49	»	»	»
MALAD. VÉNÉRIENNES	0.01	»	»	0.75	0.03	0.02	»	»	»	0.04	»	0.18	0.07	»	»	»
TOTAUX GÉNÉRAUX	13 96	14.55	9 05	10.94	30.60	16.46	»	»	»	10.98	11.34	15.13	11.70	»	»	»

N° 66. **TABLEAU DES CONVALESCENTS DE L'HOPITAL DE GORÉE D'APRÈS LE TEMPS DE COLONIE DES INDIVIDUS** (TANT POUR 100 DÉDUIT DE 20 ANNÉES DE STATISTIQUE, 1853-1872).

DÉSIGNATION DES MALADIES	1 MOIS	2 MOIS	3 MOIS	4 MOIS	5 MOIS	6 MOIS	7 MOIS	8 MOIS	9 MOIS	10 MOIS	11 MOIS	12 MOIS	13 et 15 MOIS	15 et 18 MOIS	18 et 24 MOIS	24 et 30 MOIS	30 et 36 MOIS	AU-DESSUS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
MALADIES ÉPIDÉMIQUES																		
1re CATÉG. — *Tropicales.*																		
Fièvre jaune	31.0	8.2	6.2	3.4	1.3	20.6	7.5	2.6	3.4	2.0	4.1	0.6	2.0	3.4	0.6	0.6	1.3	»
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e CATÉGORIE. — *Autres.*																		
Choléra	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX des malad. épid.	31.0	8.2	6.2	3.4	1.3	20.6	7.5	2.6	3.4	2.0	4.1	0.6	2.0	3.4	0.6	0.6	1.3	»
MALADIES ENDÉMIQUES																		
1re CATÉG. — *Saisonnières.*																		
A. *Paludiques.*																		
Fièvre	2.8	1.7	5.7	3.5	1.7	5.7	1.7	1.7	3.2	2.1	2.1	11.0	3.5	7.8	12.1	5.7	10.0	16.0
Fièvre bilieuse mélanuriq.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	19.6	16.9	25.2	39.2
Accès pernicieux	9.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	9.0	9.0	18.1	»	27.2	27.2
Insolation	»	»	»	»	»	1.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Embarras gastrique	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX	2.8	1.7	5.7	3.5	1.7	5.7	1.7	1.7	3.2	2.1	2.1	11.0	3.5	7.8	12.1	5.7	10.0	16.0
B. *Climatériques.*																		
Diarrhée et dysenterie	8.8	»	4.2	4.2	2.8	2.8	1.8	1.8	1.8	3.2	»	13.0	4.2	5.1	22.8	1.8	5.1	15.8
Hépatite	2.4	»	»	»	»	2.4	»	22.2	»	»	»	6.1	6.1	8.6	14.8	4.9	8.6	23.4
TOTAUX	8.8	»	4.2	4.2	2.8	2.8	2.0	2.5	1.8	3.2	»	13.0	4.5	5.5	22.0	2.0	6.0	16.0
TOTAUX de la 1re catég.	2.8	1.7	5.8	3.8	1.8	5.6	1.7	1.7	3.1	2.3	2.1	12.0	4.0	7.6	15.0	3.2	8.2	16.0

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Totaux de la 1re catég.	2.8	1.7	5.8	3.8	1.8	5.6	1.7	1.7	3.1	2.3	2.1	12.0	4.0	7.6	15.0	3.2	8.2	16.0
2e Catégorie.— *Autres.*																		
Anémie	»	»	1.4	1.7	0.8	1.7	1.7	2.6	0.8	2.6	0.8	4.6	7.8	8.7	14.3	8.7	11.4	30.1
Coliques	»	»	»	6.4	»	»	»	»	»	3.2	3.2	22.5	3.2	3.2	9.6	9.6	6.4	32.2
Gastralgie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	25.0	»	»	»	»	»	7.5
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux de la 2e catég.	»	»	1.2	2.4	1.5	1.4	1.5	2.3	0.8	2.9	2.6	10.9	6.9	6.4	13.1	8.5	8.9	22.9
Totaux des malad. endém.	2.7	0.4	2.7	2.5	2.1	2.9	1.4	3.4	1.5	2.2	0.9	8.9	5.0	6.8	15.3	6.3	9.7	24.2
MALAD. SPORADIQUES																		
1re Catég.— *Saisonnières.*																		
Bronchite	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pneumonie et pleurésie	»	»	»	»	»	14.2	»	»	»	»	»	»	»	»	14.2	»	28.5	48.8
Phthisie pulmonaire	12.0	2.6	9.3	2.6	6.6	»	2.6	9.3	2.6	»	»	»	»	12.0	17.3	4.0	6.6	12.0
Rhumatisme	11.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e Catégorie.— *Autres.*	17.5	10.0	»	»	»	»	»	5.0	»	17.5	»	»	10.0	»	17.5	»	»	22.5
Totaux des malad. sporad.	19.0	4.2	4.9	1.4	3.5	1.4	1.4	6.3	1.4	4.9	»	»	2.8	6.3	15.4	2.1	6.3	16.9
MALAD. CHIRURGICALES																		
1re Catég.— *Saisonnières.*																		
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e Catégorie.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux des mal. chirurg.	25.3	4.7	»	»	»	»	»	»	4.7	4.7	»	»	4.7	4.7	4.7	12.6	4.7	28.0
MALAD. VÉNÉRIENNES	30.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	30.0	»	»	»	»	40.0
TOTAUX GÉNÉRAUX	9.3	2.0	3.3	2.6	2.2	4.8	2.1	3.7	2.0	2.7	1.3	7.2	5.0	6.8	14.3	6.0	8.9	23.0

N° 67.

TABLEAU DE LA MORTALITÉ DE L'HOPITAL DE SAINT-LOUIS PENDANT VINGT ANS

PAR CORPS DE TROUPE

DÉSIGNATION DES MALADIES	INFANT. 9.088	ARTILL. 2.721	CAVAL. 1.590	DISCIPL. 265	MARINE de l'État 2.702	TOTAL des corps dont l'ef. est connu 16.366	MARINE du commerce.	FONCTIONNAIRES Officiers.	FONCTIONNAIRES Sous-of.	CIVILS	TOTAL des EUROP.	NOIRS	TOTAL GÉNÉRAL	OBSERVATIONS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
MALADIES ÉPIDÉMIQUES														
1re Catég. — *Tropicales.*														
Fièvre jaune	155	39	11	1	71	277	14	19	11	11	332	»	332	
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	155	39	11	1	71	277	14	19	11	11	332	»	332	
2e Catégorie. — *Autres.*														
Choléra	43	13	3	6	6	71	1	1	2	1	76	91	167	
Variole	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	10	11	
Totaux	44	13	3	6	6	72	1	1	2	1	77	101	178	
Totaux des malad. épid.	199	52	14	7	77	349	15	20	13	12	409	101	510	
MALADIES ENDÉMIQUES														
1re Catég. — *Saisonnières.*														
A. *Paludiques.*														
Fièvre	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq.	26	7	6	2	5	46	»	1	»	»	47	2	49	
Accès pernicieux	133	31	14	4	51	233	3	3	5	7	251	28	279	
Insolation	4	1	»	»	2	7	»	»	1	1	9	14	23	
Embarras gastrique	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	163	39	20	6	58	286	3	4	6	8	307	44	351	
B. *Climatériques.*														
Diarrhée et dysenterie	206	46	18	»	40	314	3	5	4	12	338	182	520	
Hépatite	30	9	5	4	7	51	»	2	3	2	58	14	72	
Totaux	236	55	23	4	47	365	3	7	7	14	396	196	592	
Totaux de la 1re catég.	399	94	43	10	105	651	6	11	13	22	703	240	943	

67	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Totaux de la 1re catég.	399	94	43	10	105	651	6	11	13	22	703	240	943	
2e Catégorie.— *Autres.*														
Anémie	15	2	»	4	7	28	1	4	1	5	39	8	47	
Coliques	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	1	2	
Gastralgie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Tœnia	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux de la 2e catég.	15	2	»	4	8	29	1	4	1	5	40	9	49	
Totaux des malad. endém.	414	96	43	14	113	680	7	15	14	27	743	249	992	
MALAD. SPORADIQUES														
1re Catég. — *Saisonnières.*														
Bronchite	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Pneumonie et pleurésie	7	»	1	1	5	14	1	»	2	1	18	60	78	
Phthisie pulmonaire	16	8	1	»	7	32	1	4	3	4	44	51	95	
Rhumatisme	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	8	8	
Totaux	23	8	2	1	12	46	2	4	5	5	62	119	181	
2e Catégorie.— *Autres.*	74	13	10	4	13	114	5	2	1	7	129	75	204	
Totaux des malad. sporad.	97	21	12	5	25	160	7	6	6	12	191	194	385	
MALAD. CHIRURGICALES														
1re Catég. — *Saisonnières.*														
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
2e Catégorie.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux des mal. chirurg.	22	7	1	»	1	31	1	»	1	3	36	58	94	
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX GÉNÉRAUX	732	176	70	26	216	1.220	30	41	34	54	1.579	602	1.981	

N° 68

TABLEAU DE LA MORTALITÉ DE L'HOPITAL DE GORÉE PAR CORPS DE TROUPE

PENDANT VINGT ANS (1853-1872).

DÉSIGNATION DES MALADIES	INFANT.	ARTILL.	DISCIPL.	TOTAUX des corps dont l'eff. est connu	MARINE		DIVERS	CIVILS	TOTAUX des Europ.	NOIRS	TOTAL GÉNÉRAL	OBSERVATIONS
					État.	Comm.						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
MALADIES ÉPIDÉMIQUES												
1re Catég. — *Tropicales.*												
Fièvre jaune.	77	26	30	133	41	10	15	4	203	»	203	
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux.	77	26	30	133	41	10	15	4	203	»	203	
2e Catégorie. — *Autres.*												
Choléra.	1	»	»	1	»	»	3	»	»	5	6	
Variole.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	31	34	
Totaux.	1	»	»	1	»	»	3	»	4	36	40	
Totaux des malad. épid. .	78	26	30	134	41	10	18	4	207	36	243	
MALADIES ENDÉMIQUES												
1re Catég. — *Saisonnières.*												
A. *Paludiques.*												
Fièvre.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	30	4	30	64	6	»	1	»	71	4	71	
Accès pernicieux.	47	13	20	80	26	7	19	8	144	9	144	
Insolation.	»	»	»	»	3	1	7	3	14	»	23	
Embarras gastrique. . . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux.	77	17	50	144	35	8	27	11	225	13	238	
B. *Climatériques.*												
Diarrhée et dysenterie. . .	72	17	42	131	48	10	12	5	206	11	217	
Hépatite.	13	1	11	25	7	6	9	2	49	4	53	
Totaux.	85	18	53	156	55	16	21	7	255	15	270	
Totaux de la 1re catég. .	162	35	103	300	90	24	48	18	480	28	508	

68	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2e Catégorie.— *Autres.*											
Anémie	10	5	»	15	17	5	12	3	52	4	56
Coliques	1	»	»	1	4	»	»	»	5	1	6
Gastralgie	1	»	»	1	1	»	»	»	2	»	2
Scorbut	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux de la 2e catég.	17	5	»	22	22	6	12	3	65	17	82
Totaux des malad. endém.	179	40	103	322	112	30	60	21	545	45	590
MALAD. SPORADIQUES											
1re Catég.— *Saisonnières.*											
Bronchite	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pneumonie et pleurésie	2	»	3	5	6	4	5	7	27	41	68
Phthisie pulmonaire	10	8	9	27	23	5	5	5	»	18	83
Rhumatisme	3	»	»	3	»	»	1	3	»	»	7
Totaux	15	8	12	35	29	9	11	15	99	59	158
2e Catégorie.— *Autres.*	7	1	1	9	18	5	14	13	59	50	109
Totaux des malad. sporad.	22	9	13	44	47	14	25	28	158	109	267
MALAD. CHIRURGICALES											
1re Catég.— *Saisonnières.*											
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e Catégorie.— *Autres.*	3	1	2	6	5	2	5	4	22	34	56
Totaux des mal. chirurg.	3	1	2	6	5	2	5	4	22	34	56
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	»	»	»	1	»	3	1	5	1	6
TOTAUX GÉNÉRAUX	282	76	148	506	206	56	111	58	937	225	1162

N° 69.

TABLEAU DE LA FRÉQUENCE PROPORTIONNELLE DE LA MORTALITÉ

DANS LES CORPS DONT L'EFFECTIF EST CONNU.

DÉSIGNATION DES MALADIES	SAINT-LOUIS						GORÉE				OBSERVATIONS
	INFANT. 9.088	ARTILL. 2.721	CAVAL. 1.590	DISCIPL. 265	MARINE de l'État 2.702	TOTAL 16.366	INFANT 4.325	ARTILL. 1.075	DISCIPL. 1.612	TOTAL 7.012	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
MALADIES ÉPIDÉMIQUES											
1re Catég. — *Tropicales.*											
Fièvre jaune	1.81	1.43	0.69	0.37	2.99	1.69	1.78	2.41	1.86	1.89	
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	1.81	1.43	0.69	0.37	2.99	1.69	1.78	2.41	1.86	1.89	
2e Catégorie. — *Autres.*											
Choléra	0.47	0.47	0.18	2.26	0.22	0.43	0.02	»	»	0.01	
Variole	0.01	»	»	»	»	0.006	»	»	»	»	
Totaux	0.48	0.47	0.18	2.26	0.22	0.43	0.02	»	»	0.01	
Totaux des malad. épid.	2.18	1.91	0.88	2.64	2.88	2.13	1.80	2.41	1.86	1.91	
MALADIES ENDÉMIQUES											
1re Catég. — *Saisonnières.*											
A. *Paludiques.*											
Fièvre	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq.	0.28	0.25	0.37	0.75	0.18	0.28	0.69	0.37	1.86	0.91	
Accès pernicieux	1.46	1.13	0.88	1.51	1.88	1.42	1.08	1.20	1.24	1.14	
Insolation	0.04	0.03	»	»	0.07	0.04	»	»	»	»	
Embarras gastrique	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Totaux	1.79	1.43	1.25	2.26	2.14	1.74	1.78	1.58	3.10	2.05	
B. *Climatériques.*											
Diarrhée et dysenterie	2.26	1.69	1.13	1.75	1.48	1.91	1.66	1.58	2.60	1.86	
Hépatite	0.33	0.33	0.31	»	0.25	0.31	0.30	0.09	0.68	0.35	
Totaux	2.59	2.02	1.44	1.75	1.73	2.23	1.96	1.67	3.28	2.22	
Totaux de la 1re catég.	4.38	3.45	2.70	3.77	3.88	4.03	3.74	3.25	6.38	4.27	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2e Catégorie.— *Autres.*										
Anémie	0.16	0.07	»	1.75	0.25	0.17	0.23	0.46	»	0.21
Coliques	»	»	»	»	0.03	0.006	0.02	»	»	0.01
Gastralgie	»	»	»	»	»	»	0.02	»	»	0.01
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux de la 2e catég.	0.20	0.07	»	1.75	0.29	0.20	0.39	0.46	»	0.31
Totaux des malad. endém.	4.59	3.52	2.70	5.28	4.18	4.17	4.13	3.72	6.28	4.59
MALAD. SPORADIQUES										
1re Catég.— *Saisonnières.*										
Bronchite	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pneumonie et pleurésie	0.07	»	0.06	0.37	0.18	0.08	0.04	»	0.18	0.07
Phthisie pulmonaire	0.17	0.29	0.06	»	0.25	0.19	0.23	0.74	0.55	0.38
Rhumatisme	»	»	»	»	»	»	0.06	»	»	0.04
Totaux	0.25	0.29	0.12	0.37	0.44	0.28	0.34	0.74	0.74	0.49
2e Catégorie.— *Autres.*	0.81	0.47	0.62	1.75	0.48	0.69	0.16	0.09	0.06	0.12
Totaux des malad. sporad.	1.06	0.77	0.75	1.88	0.92	0.97	0.50	0.83	0.86	0.62
MALAD. CHIRURGICALES										
1re Catég.— *Saisonnières.*										
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e Catégorie.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	0.06	0.09	0.12	0.08
Totaux des mal. chirurg.	0.24	0.25	0.06	»	0.03	0.18	0.06	0.09	0.12	0.08
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX GÉNÉRAUX	8.09	6.46	4.40	9.80	7.99	7.41	6.52	7.06	9.18	7.07

TABLEAU DES MORTS DE L'HOPITAL DE GORÉE D'APRÈS LE TEMPS DE COLONIE

N° 70. (TANT POUR 100 DÉDUIT DE 20 ANNÉES DE STATISTIQUE, 1853-1872).

DÉSIGNATION DES MALADIES	1 MOIS	2 MOIS	3 MOIS	4 MOIS	5 MOIS	6 MOIS	7 MOIS	8 MOIS	9 MOIS	10 MOIS	11 MOIS	12 MOIS	12 et 15 MOIS	15 et 18 MOIS	18 et 24 MOIS	24 et 30 MOIS	30 et 36 MOIS	AU-DESSUS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
MALADIES ÉPIDÉMIQUES																		
1re CATÉG.—*Tropicales*,																		
Fièvre jaune.	36.9	3.4	2.8	0.5	1.7	1.7	1.7	1.7	0.5	1.7	2.3	12.1	3.4	1.1	5.7	4.0	13.7	9.2
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e CATÉGORIE. — *Autres*.																		
Choléra.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1.0	»	»	»	»	»	»	»
Variole.	1.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX des malad. épid. .	31.6	3.4	2.8	0.5	1.7	1.7	1.7	1.7	0.5	1.7	2.8	12.1	3.4	1.1	5.7	4.0	13.7	9.2
MALADIES ENDÉMIQUES																		
1re CATÉG.—*Saisonnières*.																		
A. *Paludiques*.																		
Fièvre..	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	»	»	»	»	»	»	»	1.4	2.8	1.4	2.8	2.8	2.8	8.4	14.0	16.9	29.5	16.9
Accès pernicieux.	24.4	10.4	4.6	2.3	2.3	3.4	3.4	1.1	2.3	1.1	1.1	2.3	1.1	1.1	13.9	6.9	8.1	8.1
Insolation.	66.6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	33.3	»	»	»
Embarras gastrique,. . . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
B. *Climatériques*.																		
Diarrhée et dysenterie. . .	18.6	7.5	5.5	3.4	4.1	4.1	0.6	2.0	3.4	4.8	0.6	4.1	2.7	3.4	16.5	2.0	8.9	6.8
Hépatite..	16.6	2.7	5.5	2.7	2.7	2.7	»	»	2.7	8.3	2.7	2.7	2.7	5.5	11.0	2.7	»	»
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX de la 1re catég. . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

70	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2e Catégorie.— *Autres.*																		
Anémie	18.9	2.7	»	2.7	»	»	»	2.7	5.4	»	2.7	»	10.8	10.8	13.5	2.7	16.2	10.8
Coliques	3.3	3.3	»	»	»	»	»	»	3.3	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Gastralgie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2.0	»
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux de la 2e catég.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux des malad. endém.	16.9	5.9	3.6	2.3	2.3	2.6	1.0	1.8	3.3	3.1	1.5	2.8	3.1	4.6	14.3	6.2	13.2	10.6
MALAD. SPORADIQUES																		
1re Catég.— *Saisonnières.*																		
Bronchite	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pneumonie et pleurésie	5.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	26.9	3.8	»	»	»	»	»	»	»	»	»	7.6	»	15.3	3.8	7.5	»	34.6
Rhumatisme	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e Catégorie.— *Autres.*	68.7	»	6.2	3.1	»	»	3.1	»	3.1	»	»	»	»	6.2	6.2	»	»	3.1
Totaux des malad. sporad.	53.1	1.5	3.1	1.5	»	»	1.5	»	1.5	»	»	3.1	»	9.1	4.6	3.1	»	17.1
MALAD. CHIRURGICALES																		
1re Catég.— *Saisonnières.*																		
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e Catégorie.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux des mal. chirurg.	44.4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	22.2	33.3
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1.0	»
TOTAUX GÉNÉRAUX	25.3	4.7	3.3	1.7	1.9	2.0	1.2	1.5	2.5	2.5	1.7	5.4	2.8	4.1	10.8	5.2	12.4	11.3

TABLEAU DES MALADES DE L'HOPITAL DE GORÉE D'APRÈS LE TEMPS DE SÉJOUR A L'HOPITAL

No 71. (TANT POUR 100 DÉDUIT D'UNE STATISTIQUE DE 20 ANNÉES).

DÉSIGNATION DES MALADIES	1 JOUR	2 JOURS	3 JOURS	4 JOURS	5 JOURS	6 JOURS	7 JOURS	8 JOURS	9 JOURS	10 JOURS	11 JOURS	12 JOURS	13 JOURS	14 JOURS	15 JOURS	16 JOURS	17 JOURS	18 JOURS	19 JOURS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
MALADIES ÉPIDÉMIQUES																			
1re CATÉG. — *Tropicales.*																			
Fièvre jaune.	»	1.7	0.4	2.4	2.9	4.8	6.0	5.1	4.6	4.3	4.6	2.4	3.6	3.6	2.9	3.6	1.7	3.6	2.9
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	5.0	6.3	29.1	12.5	11.3	8.8	5.0	5.0	1.2	1.4	1.4	1.2	1.2	1.2	»	»	»
TOTAUX.	»	8.5	2.5	4.3	16.0	8.6	8.6	6.9	4.8	4.6	2.9	1.9	2.5	2.4	2.0	2.4	0.8	1.8	1.4
2e CATÉGORIE. — *Autres.*																			
Choléra.	»	»	»	21.4	35.7	35.7	»	»	»	»	»	»	»	7.0	»	»	»	»	»
Variole.	1.4	1.4	1.4	2.8	»	1.4	5.8	5.8	2.8	5.8	4.4	4.4	4.4	5.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8
TOTAUX.	0.7	0.7	0.7	12.1	17.8	18.5	2.9	2.9	1.4	2.9	2.2	2.2	2.2	6.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
TOTAUX des malad. épid. .	0.1	1.3	1.2	3.4	6.9	6.7	6.6	5.5	4.3	4.5	4.1	2.7	3.4	3.8	2.7	3.1	1.5	2.9	2.6
MALADIES ENDÉMIQUES																			
1re CATÉG. — *Saisonnières.*																			
A. *Paludiques.*																			
Fièvre.	0.4	1.3	2.9	5.0	7.9	9.2	10.3	8.7	7.8	5.5	5.2	4.3	3.4	2.4	2.2	2.0	1.6	1.9	1.1
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	»	»	»	»	5.2	3.4	3.4	3.4	5.2	5.2	6.9	6.9	6.9	12.1	»	»	»	3.4	3.4
Accès pernicieux.	7.9	7.0	8.9	6.7	3.0	6.1	1.4	2.1	3.9	3.9	7.5	3.3	3.2	1.0	1.7	3.0	1.0	1.4	1.0
Insolation	»	4.1	1.3	1.3	1.3	6.8	11.1	6.8	11.1	4.1	1.3	6.8	1.3	6.8	6.8	5.5	»	1.3	1.3
Embarras gastrique. . . .	6.5	3.7	10.2	10.2	16.2	10.7	11.3	7.6	4.8	5.4	3.7	2.2	2.2	»	2.2	3.7	»	2.2	»
TOTAUX.	2.9	3.2	4.6	4.6	6.7	7.2	5.7	5.7	6.5	4.8	4.9	4.7	3.4	4.4	2.5	2.8	0.5	2.0	1.3
B. *Climatériques.*																			
Diarrhée et dysenterie. . .	0.7	1.4	2.4	4.4	4.6	5.2	4.5	4.0	4.0	3.6	4.0	3.5	2.6	3.0	3.0	3.1	2.6	2.5	2.1
Hépatite.	0.3	»	2.0	3.7	3.7	2.2	4.7	4.8	4.8	5.8	3.1	2.6	2.6	4.6	2.6	2.4	2.4	1.1	2.4
TOTAUX.	0.5	0.7	2.2	4.5	4.1	3.7	4.6	4.4	4.4	4.7	3.6	3.0	2.6	3.8	2.3	2.2	2.5	1.8	1.8
TOTAUX de la 1re catég. .	1.8	2.0	3.4	4.6	5.4	5.5	5.2	5.1	5.5	4.8	4.3	3.9	3.0	4.1	4.4	2.5	1.5	1.9	1.7

71

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
2e Catégorie.— *Autres.*																			
Anémie	2.3	3.5	3.6	4.3	4.0	3.7	2.6	4.0	3.2	2.6	3.4	4.1	3.4	3.8	5.6	2.0	1.7	1.9	1.9
Coliques	1.4	2.2	4.4	8.4	4.4	6.1	4.4	5.0	6.4	5.0	3.3	3.3	4.4	3.0	1.4	2.2	3.9	1.6	1.6
Gastralgie	»	»	»	»	11.1	1.3	11.1	11.1	8.3	4.1	4.1	6.9	11.1	1.3	1.3	»	4.1	1.3	4.1
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	4.5	8.0	25.2	8.0	10.3	2.7	2.4	11.5	2.4	1.1	1.1	8.0	1.1	1.1	»	»	»	1.1	»
Totaux de la 2e catég.	1.2	3.2	7.5	3.5	6.0	2.4	5.7	4.8	4.9	2.9	2.9	3.8	3.1	3.2	1.8	9.8	2 5	2.4	1.4
Totaux des malad. endém.	0.9	1.7	3.1	5.3	6.5	7.1	7.7	6.8	6.1	4.7	4.6	4.0	3.3	3.0	2.6	2.2	1.6	2.0	1.5
MALAD. SPORADIQUES																			
1re Catég.— *Saisonnières.*																			
Bronchite	2.0	3.4	6.7	5.3	5.9	7.2	6.3	6.7	7.6	4.7	4.6	4.3	1.8	2.4	1.6	3.4	2.1	0.9	1.8
Pneumonie et pleurésie	0.4	2.8	4.6	0.7	1.4	9.4	0.4	6.3	6.3	3.8	2.1	2.1	4.6	4.6	8.8	5.7	0.4	3.4	2.8
Phthisie pulmonaire	0.7	0.7	3.4	2.6	5.0	4.9	»	5.4	1.5	6.0	3.4	3.4	1.5	»	0.7	2.6	5.4	1.5	0.7
Rhumatisme	0.6	2.0	7.6	7.0	5.6	3.6	4.0	5.6	4.3	3.3	3.0	3.6	3.6	3.0	2.6	2.0	4.0	1.6	2.3
Totaux	0.9	2.2	5.5	3.6	4.4	6.2	2.6	6.0	4.9	4.4	3.2	3.3	2.8	2.5	3.2	3.4	2.9	1.8	1.9
2e Catégorie.— *Autres.*	2.8	4.3	8.8	5.9	8.7	4.8	4.8	4.0	3.0	4.9	2.2	4.5	3.7	4.5	2.5	1.0	3.7	1.7	2.8
Totaux des malad. sporad.	4.9	3.3	6.7	5.0	6.5	5.8	3.9	5.3	4.7	4.8	3.0	4.0	3.0	3.3	2.8	2.4	2.7	1.7	2.3
MALAD. CHIRURGICALES																			
1re Catég.— *Saisonnières.*																			
Furoncles	»	»	5.8	8.8	23.8	2.9	2.9	5.8	2.9	11.9	2.9	1.4	1.4	»	1.4	1.4	1.4	5.8	5.8
Ophthalmie	»	0.7	»	2.3	4.6	1.5	4.6	6.2	1.5	9.4	7.8	7.8	0.7	1.5	4.6	6.2	1.5	6.2	1.5
Ver de Guinée	»	13.6	»	4.5	»	4.5	»	13.6	»	»	»	4.5	»	4.5	»	»	4.5	»	»
Totaux	»	4.7	1.9	5.2	9.3	3.0	2.5	8.5	1.4	7.1	3.5	4.5	0.7	2.0	2.0	2.5	2.4	4.0	2.4
2e Catégorie.— *Autres.*	0.2	3.2	4.5	4.5	5.4	5.9	5.5	4.8	4.2	4.0	3.1	3.0	2.6	2.4	2.2	1.8	2.4	2.1	2.7
Totaux des mal. chirurg.	0.2	3.0	4.3	4.6	5.9	5.5	5.3	5.0	4.0	4.5	3.3	3.1	2.5	2.3	2.3	2.1	2.4	2.6	2.7
MALAD. VÉNÉRIENNES	0.2	1.2	2.4	1.6	2.9	2.6	2.6	3.8	3.4	2.9	1.9	4.3	3.0	3.0	1.8	2.0	2.0	2.5	1.8
TOTAUX GÉNÉRAUX	0.8	2.0	3.4	4.7	6.2	6.5	6.6	6.2	5.5	4.5	4.6	3.9	3.2	3.0	2.5	2.2	2.0	2.0	1.7

Nº 71 *bis*.

TABLEAU DES MALADES DE L'HOPITAL DE GORÉE D'APRÈS LE TEMPS DE SÉJOUR A L'HOPITAL

(TANT POUR 100 DÉDUIT D'UNE STATISTIQUE DE 20 ANNÉES).

DÉSIGNATION DES MALADIES	20 JOURS	21 JOURS	22 JOURS	23 JOURS	24 JOURS	25 JOURS	26 JOURS	27 JOURS	28 JOURS	29 JOURS	30 JOURS	30 à 35 JOURS	35 à 40 JOURS	40 à 45 JOURS	45 à 50 JOURS	50 à 55 JOURS	55 à 60 JOURS	60 à 75 JOURS	AU-DESSUS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
MALADIES ÉPIDÉMIQUES																			
1re CATÉG. — *Tropicales*.																			
Fièvre jaune	3.6	2.4	5.5	0.4	1.2	1.7	0.4	1.2	2.4	2.4	0.4	2.9	4.3	4.6	1.2	»	0.4	1.2	1.2
Fièvre rouge (Dengue)	1.2	»	»	1.2	»	»	1.4	»	1.2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX	2.4	1.2	2.7	0.8	0.6	0.8	0.9	0.6	2.3	1.2	0.2	1.4	2.1	2.3	0.6	»	0.2	0.6	0.6
2e CATÉGORIE. — *Autres*.																			
Choléra	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	1.4	2.8	4.4	»	2.8	1.4	1.4	2.8	2.8	»	1.4	4.4	4.4	1.4	1.4	1.4	»	1.4	»
TOTAUX	0.7	1.4	2.2	»	1.4	0.7	0.7	1.4	1.4	»	0.7	2.2	2.2	0.7	0.7	0.7	»	0.7	»
TOTAUX des malad. épid.	2.9	2.2	4.5	0.4	1.2	1.3	0.8	1.2	2.4	1.7	0.5	2.7	3.8	3.4	1.0	0.1	0.3	1.0	0.8
MALADIES ENDÉMIQUES																			
1re CATÉG. — *Saisonnières*.																			
A. *Paludiques*.																			
Fièvre	1.0	1.1	1.0	0.9	0.8	0.6	0.6	0.6	0.6	2.2	1.2	0.9	0.4	0.4	0.4	0.3	0.2	0.3	0.4
Fièvre bilieuse mélanuriq.	5.2	1.7	8.6	»	»	1.7	»	»	»	»	0.3	»	»	1.7	6.9	3.8	»	3.8	»
Accès pernicieux	1.0	1.0	3.0	2.1	»	»	1.4	1.4	»	»	2.8	1.4	2.8	1.4	2.1	1.4	»	»	1.0
Insolation	1.3	8.3	1.3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1.3	»	»	»	»	»	6.8
Embarras gastrique	0.5	0.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	0.5	0.5	»	»	»	»	2.2	»
TOTAUX	1.8	2.5	2.7	0.6	0.1	0.4	0.4	0.4	0.1	0.4	0.8	0.5	1.0	0.7	1.8	1.1	»	1.2	1.6
B. *Climatériques*.																			
Diarrhée et dysenterie	2.5	1.7	1.6	1.6	1.6	1.2	1.4	1.3	1.5	1.4	1.3	4.1	3.4	2.6	2.7	2.1	1.0	2.3	2.3
Hépatite	1.8	4.1	2.2	4.5	4.5	1.3	0.9	1.8	1.8	2.2	1.8	6.0	2.2	1.8	1.6	0.3	1.1	1.8	1.8
TOTAUX	2.1	2.9	1.9	3.1	3.1	1.2	1.1	1.6	1.6	1.8	1.5	5.1	2.8	2.2	2.2	1.2	1.1	2.0	2.0
TOTAUX de la 1re catég.	2.0	2.8	2.3	1.9	1.6	0.9	0.8	1.0	0.9	1.1	1.2	2.9	1.9	1.6	2.0	1.2	0.6	1.6	1.9

71

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
2ᵉ CATÉGORIE.— *Autres.*																			
Anémie	2.3	2.8	2.0	2.0	1.4	2.1	1.5	1.0	1.2	1.1	1.6	3.5	1.9	3.2	1.6	0.8	0.5	2.3	2.7
Coliques	2.2	1.9	1.4	0.5	0.5	1.1	»	1.4	»	1.6	0.5	2.6	1.6	2.2	1.1	1.9	1.4	2.2	1.6
Gastralgie	1.3	1.3	1.3	»	2.7	4.1	»	»	»	»	1.3	4.1	5.5	»	1.3	»	»	1.3	»
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	1.1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX de la 2ᵉ catég.	1.1	2.2	1.7	1.1	1.2	1.5	0.6	1.6	0.7	0.7	1.5	2.8	2.7	2.4	1.1	0.5	0.3	2.0	2.8
TOTAUX des malad. endém.	1.6	1.6	1.5	1.3	1.1	1.0	0.8	0.9	0.8	1.8	1.2	2.0	1.3	1.3	1.1	0.8	0.5	1.1	1.2
MALAD. SPORADIQUES																			
1ʳᵉ CATÉG.— *Saisonnières.*																			
Bronchite	1.1	1.1	0.5	1.1	1.1	2.1	0.6	0.1	0.5	1.0	1.9	2.8	1.4	0.5	0.5	0.2	0.6	1.4	0.9
Pneumonie et pleurésie	0.4	2.8	2.8	0.4	2.8	1.4	1.4	1.4	0.4	»	0.4	4.2	1.4	0.4	1.4	0.4	0.4	1.4	2.1
Phthisie pulmonaire	»	2.6	3.4	5.4	0.7	2.6	1.5	0.7	0.7	0.7	3.0	6.5	6.9	0.7	»	2.6	1.5	2.6	6.5
Rhumatisme	3.3	1.0	3.3	0.6	1.3	2.0	1.6	1.3	0.6	1.0	1.0	0.3	3.3	2.3	1.6	1.3	1.3	0.3	1.6
TOTAUX	1.2	1.8	2.5	1.8	1.4	2.0	1.2	0.8	0.5	0.6	1.5	3.4	3.2	0.9	0.8	1.1	0.9	1.4	2.7
2ᵉ CATÉGORIE.— *Autres.*	1.0	0.5	1.1	0.8	1.1	2.4	1.3	0.8	1.0	1.0	1.3	3.3	2.0	0.7	0.6	0.8	0.8	1.3	0.6
TOTAUX des malad. sporad.	1.1	1.1	1.6	1.3	1.3	2.2	1.1	0.8	0.8	0.9	1.6	3.3	2.3	0.9	0.8	0.9	0.9	1.3	1.5
MALAD. CHIRURGICALES																			
1ʳᵉ CATÉG.— *Saisonnières.*																			
Furoncles	1.4	»	1.4	1.4	1.4	»	»	»	»	1.4	1.4	1.4	1.4	»	»	»	»	»	»
Ophthalmie	»	»	»	»	0.7	6.2	»	1.5	6.2	6.2	0.7	6.2	0.7	»	0.7	»	0.7	0.7	0.7
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4.5	»	18.1	»	4.5	»	»	18.1	4.5	»
TOTAUX	0.4	»	0.4	0.4	0.7	2.0	»	0.5	2.0	4.0	0.7	8.5	0.7	1.5	0.2	»	6.2	1.7	0.2
2ᵉ CATÉGORIE.— *Autres.*	1.8	1.0	1.7	0.7	1.0	1.3	1.3	1.5	1.3	1.1	1.1	3.8	3.0	2.8	2.4	1.1	1.4	1.5	3.7
TOTAUX des mal. chirurg.	1.6	0.9	1.6	0.7	1.0	1.6	1.2	1.4	1.5	1.4	1.1	4.0	2.8	2.5	2.2	1.0	1.5	1.5	3.3
MALAD. VÉNÉRIENNES	2.8	1.1	1.5	1.2	2.0	2.4	2.0	1.6	1.9	2.5	2.6	5.7	5.1	5.1	3.1	2.6	2.2	2.9	4.6
TOTAUX GÉNÉRAUX	1.6	1.4	1.6	1.2	1.2	1.3	1.0	1.0	1.0	1.7	1.4	2.6	1.9	1.7	1.3	1.0	0.7	1.3	1.7

TABLEAU DES MORTS DE L'HOPITAL DE GORÉE D'APRÈS LE TEMPS DE SÉJOUR A L'HOPITAL

No 72. (TANT POUR 100 DÉDUIT D'UNE STATISTIQUE DE 20 ANNÉES, 1853-1872).

DÉSIGNATION DES MALADIES	1 JOUR	2 JOURS	3 JOURS	4 JOURS	5 JOURS	6 JOURS	7 JOURS	8 JOURS	9 JOURS	10 JOURS	11 JOURS	12 JOURS	13 JOURS	14 JOURS	15 JOURS	16 JOURS	17 JOURS	18 JOURS	19 JOURS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
MALADIES ÉPIDÉMIQUES																			
1re CATÉG. — *Tropicales*,																			
Fièvre jaune.	6.4	12.3	20.1	16.7	12.8	5.9	5.9	5.4	2.9	2.4	1.4	0.9	1.4	1.9	0.9	»	»	»	»
Fièvre rouge (Dengue). . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX.	6.4	12.3	20.1	16.7	12.8	5.9	5.9	5.4	2.9	2.4	1.4	0.9	1.4	1.9	0.9	»	»	»	»
2e CATÉGORIE. — *Autres*.																			
Choléra.	66.6	»	16.6	»	16.6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole.	8.8	5.8	5.8	5.8	2.9	8.8	2.9	11.7	20.5	11.7	»	»	»	»	2.8	»	»	»	»
TOTAUX.	37.7	2.9	1.12	2.9	9.75	4.4	1.45	5.85	10.25	5.85	»	»	»	»	1.4	»	»	»	»
TOTAUX des malad. épid. .	8.1	11.1	18.1	14.8	11.5	6.1	5.3	6.1	5.3	3.7	1.2	0.8	1.2	1.6	1.2	»	»	»	»
MALADIES ENDÉMIQUES																			
1re CATÉG. — *Saisonnières*.																			
A. *Paludiques*.																			
Fièvre.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	1.4	1.4	4.2	7.0	5.6	9.8	11.2	9.8	9.8	12.6	5.6	5.6	4.2	»	»	»	»	»	»
Accès pernicieux.	19.1	17.9	14.1	8.9	5.2	2.9	2.9	0.7	1.4	2.2	2.2	1.4	»	0.7	1.4	»	0.7	1.4	»
Insolation.	4.3	8.6	13.0	8.6	8.6	4.3	»	13.0	4.3	»	»	»	»	»	8.6	»	»	»	»
Embarras gastrique. . . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
B. *Climatériques*.																			
Diarrhée et dysenterie. . .	4.7	4.2	1.4	2.3	2.3	5.2	6.1	4.7	2.8	1.8	2.8	3.7	2.8	1.8	3.7	»	2.8	0.4	2.8
Hépatite.	»	2.1	2.1	6.3	4.2	»	2.1	2.1	»	»	4.2	4.2	»	6.3	4.2	4.2	»	6.3	2.1
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX de la 1re catég. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

72	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
2e CATÉGORIE.— *Autres.*																			
Anémie	1.7	5.3	1.7	3.5	1.7	5.3	»	7.1	5.3	5.3	1.7	1.7	»	3.5	»	1.7	1.7	3.5	»
Coliques	»	16.6	»	»	»	»	»	»	»	16.6	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Gastralgie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX de la 2e catég.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX des malad. endém.	6.6	6.9	5.7	5.7	4.0	4.9	4.4	4.4	3.2	3.3	2.6	2.8	1.5	1.7	2.3	0.5	1.3	1.3	1.1
MALAD. SPORADIQUES																			
1re CATÉG. — *Saisonnières.*																			
Bronchite	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pneumonie et pleurésie	8.8	7.3	10.2	7.3	4.7	14.7	1.4	7.3	7.3	4.4	2.9	1.4	»	»	»	1.4	1.4	1.4	»
Phthisie pulmonaire	6.7	1.6	5.0	5.0	6.7	1.6	1.6	5.0	1.6	1.6	»	3.3	1.6	5.0	5.0	1.6	»	5.0	3.3
Rhumatisme	»	»	»	»	»	14.2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e CATÉGORIE.— *Autres.*	11.6	10.3	9.0	2.5	6.4	1.3	6.4	7.7	3.8	3.8	5.1	1.3	3.8	3.8	1.3	1.3	»	1.3	1.3
TOTAUX des malad. sporad.	9.4	6.6	8.0	4.7	5.6	6.1	3.3	6.6	4.2	3.3	1.8	2.3	2.3	1.8	2.3	1.8	0.9	2.3	0.9
MALAD. CHIRURGICALES																			
1re CATÉG. — *Saisonnières.*																			
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e CATÉGORIE.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX des mal. chirurg.	8.9	7.1	7.1	1.7	2.4	»	7.1	1.7	2.4	1.7	2.4	1.7	»	»	2.4	1.7	2.4	»	»
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	»	»	»	»	»	»	16.6	»	»	16.6	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX GÉNÉRAUX	7.6	7.9	9.1	7.4	6.0	5.2	4.5	5.2	3.9	3.4	2.4	2.3	1.5	1.6	2.3	0.7	1.0	1.2	0.7

N° 72 *bis.*

TABLEAU DES MORTS DE L'HOPITAL DE GORÉE D'APRÈS LE TEMPS DE SÉJOUR A L'HOPITAL

(TANT POUR 100 DÉDUIT D'UNE STATISTIQUE DE 20 ANNÉES, 1853-1872).

DÉSIGNATION DES MALADIES	20 JOURS	21 JOURS	22 JOURS	23 JOURS	24 JOURS	25 JOURS	26 JOURS	27 JOURS	28 JOURS	29 JOURS	30 JOURS	30 à 35 JOURS	35 à 40 JOURS	40 à 45 JOURS	45 à 50 JOURS	50 à 55 JOURS	55 à 60 JOURS	60 à 75 JOURS	AU-DESSUS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
MALADIES ÉPIDÉMIQUES																			
1re CATÉG. — *Tropicales.*																			
Fièvre jaune	0.4	»	0.9	»	»	»	»	»	»	»	»	0.4	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX	0.4	»	0.9	»	»	»	»	»	»	»	»	0.4	»	»	»	»	»	»	»
2e CATÉGORIE. — *Autres.*																			
Choléra	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	2.8	»	»	5.8	»	2.8	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	1.4	»	»	2.9	»	2.9	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX des malad. épid.	0.4	»	0.8	»	»	»	0.4	»	»	0.8	»	0.8	»	»	»	»	»	»	»
MALADIES ENDÉMIQUES																			
1re CATÉG. — *Saisonnières.*																			
A. *Paludiques.*																			
Fièvre	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre bilieuse mélanuriq.	»	»	»	»	»	»	1.4	1.4	2.8	1.4	1.4	2.8	»	»	»	»	»	»	»
Accès pernicieux	0.7	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	0.7	0.7	»	»	»	»	13.4
Insolation	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	26.0
Embarras gastrique	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
B. *Climatériques.*																			
Diarrhée et dysenterie	1.4	1.8	1.8	1.8	1.4	3.3	»	0.4	1.8	1.8	2.7	4.7	3.7	3.3	2.8	0.8	1.8	4.7	2.8
Hépatite	»	2.1	»	2.1	»	2.1	»	2.1	»	2.4	6.3	2.1	2.4	4.2	4.2	»	2.1	6.3	6.3
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX de la 1re catég.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

72

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
2e CATÉGORIE.— *Autres.*																			
Anémie.	1.7	»	»	1.7	5.3	3.5	1.7	3.5	»	»	»	5.3	3.5	5.3	1.7	»	»	1.7	12.5
Coliques.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	16.6	»	»	50.0
Gastralgie.	»	»	50.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5.0	»	»	»	»	»	»
Scorbut.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX de la 2e catég.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX des malad. endém.	0.8	0.8	0.8	1.0	1.0	1.1	0.3	0.8	1.0	1.3	1.1	2.7	2.1	2.1	1.3	0.5	0.8	2.3	7.4
MALAD. SPORADIQUES																			
1re CATÉG.—*Saisonnières.*																			
Bronchite.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pneumonie et pleurésie.	1.4	»	»	2.9	1.4	»	»	1.4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	10.2
Phthisie pulmonaire.	»	»	»	3.2	1.6	1.6	»	»	1.6	1.6	1.6	5.0	3.3	1.6	»	1.6	1.6	1.6	10.1
Rhumatisme.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	14.2	»	»	14.2	14.2	42.8
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e CATÉGORIE.— *Autres.*	»	3.8	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3.8	1.3	»	1.3	»	5.1	1.3
TOTAUX des malad. sporad.	0.9	0.4	»	2.8	0.9	0.4	»	0.4	0.4	0.4	0.4	1.3	1.8	1.3	»	0.9	0.9	2.8	8.0
MALAD. CHIRURGICALES																			
1re CATÉG.— *Saisonnières.*																			
Furoncles.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ophthalmie.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ver de Guinée.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e CATÉGORIE.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX des mal. chirurg.	1.7	»	»	»	»	»	»	»	»	1.7	»	»	2.4	1.7	»	»	»	»	33.8
MALAD. VÉNÉRIENNES.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	16.6	»	»	»	»	»	»	»	»	50.1
TOTAUX GÉNÉRAUX.	0.8	0.5	0.6	1.0	0.7	1.0	0.2	0.5	0.6	1.2	1.0	1.9	1.7	1.5	0.7	0.4	0.6	1.8	7.6

TABLEAU DE LA FRÉQUENCE PROPORTIONNELLE DES MALADES

N° 73. DANS LES DIVERS PAYS DE LA SÉNÉGAMBIE (100 HOMMES PENDANT UN AN).

DÉSIGNATION DES MALADIES	Saint-Louis	Gorée	SÉNÉGAL				POSTES DU CAYOR								RIVIÈRES DU SUD	
			Dagana	Podor	Bakel	Médine	Rufisque	Thiès	Pout	Mbidjem	M'boro	N'diague	N'quipis	Ker Mandoubé Kari	Sedhiou	Boké
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
MALADIES ÉPIDÉMIQUES																
1re CATÉG. — *Tropicales.*																
Fièvre jaune	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e CATÉGORIE. — *Autres.*																
Choléra	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX des malad. épid.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
MALADIES ENDÉMIQUES																
1re CATÉG. — *Saisonnières.*																
A. *Paludiques.*																
Fièvre	81	83	326	347	805	720	456	414	330	550	290	669	471	713	493	540
Fièvre bilieuse mélanuriq.	1	3	4	5	19	26	12	10	4	20	4	5	7	2	15	13
Accès pernicieux	4	2	8	7	7	14	5	5	4	2	»	6	3	4	5	4
Insolation	»	1	1	»	6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Embarras gastrique	2	1	16	21	52	25	80	54	39	33	30	20	24	25	13	68
TOTAUX	88	90	355	380	889	785	553	483	377	605	324	700	505	744	526	615
B. *Climatériques.*																
Diarrhée et dysenterie	31	27	55	38	121	88	60	68	32	10	46	22	48	60	12	40
Hépatite	5	4	3	6	10	5	7	2	11	5	6	13	1	10	2	18
TOTAUX	36	31	58	44	»	»	67	70	43	15	52	35	49	70	14	58
TOTAUX de la 1re catég.	124	121	413	424	1010	887	620	553	420	620	376	735	554	814	640	673

73 —	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2e Catégorie. — *Autres.*																
Anémie	10	15	7	6	30	22	15	10	29	14	8	16	»	44	39	31
Coliques	1	2	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Gastralgie	1	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux de la 2e catég.	13	18	11	8	31	24	15	15	32	15	10	18	6	50	42	40
Totaux des malad. endém.	137	139	424	432	1.041	901	635	563	452	635	386	753	560	864	682	713
MALAD. SPORADIQUES																
1re Catég. — *Saisonnières.*																
Bronchite	5	5	6	4	20	5	12	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pneumonie et pleurésie	1	1	1	»	3	5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	1	1	1	4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rhumatisme	1	1	4	1	4	2	10	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	8	8	13	10	31	12	23	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e Catégorie. — *Autres.*	11	6	8	11	2	21	12	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux des malad. sporad.	19	14	21	21	33	33	35	21	14	26	20	70	13	25	12	11
MALAD. CHIRURGICALES																
1re Catég. — *Saisonnières.*																
Furoncles	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ophthalmie	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e Catégorie. — *Autres.*	10	10	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux des mal. chirurg.	11	11	13	17	18	20	45	51	50	28	28	55	18	75	11	27
MALAD. VÉNÉRIENNES	12	12	6	7	16	11	5	5	4	9	4	6	10	8	2	9
TOTAUX GÉNÉRAUX	179	176	464	478	1108	965	720	641	520	698	438	784	601	972	707	790

N° 74.

TABLEAU DE LA FRÉQUENCE PROPORTIONNELLE DES MALADIES ET DES MORTS
SUIVANT L'EFFECTIF, DANS LES DIVERS POINTS DE LA COLONIE.

DÉSIGNATION DES MALADIES	MALADES					MORTS											
						Relativement à l'effectif						Relativement aux malades					
	S.-Louis et Gorée	Bas Sénégal	Haut Sénégal	Cayor	Rivières du Sud	Saint-Louis	Gorée	Bas Sénég.	Haut Sénég.	Cayor	Rivièr. du Sud	Saint-Louis	Gorée	Bas Sénég.	Haut Sénég.	Cayor	Rivièr. du Sud
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
MALADIES ÉPIDÉMIQUES																	
1re Catég.—*Tropicales,*																	
Fièvre jaune.	4.1	»	»	»	»	1.7	1.9	»	»	»	»	45.7	50.1	»	»	»	»
Fièvre rouge (Dengue). . .	0.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux.	»	»	»	»	»	1.7	1.9	»	»	»	»	42.0	39.5	»	»	»	»
2e Catégorie. — *Autres.*																	
Choléra.	0.5	»	»	»	»	0.4	»	»	»	»	»	66.0	25.0	»	»	»	»
Variole.	0.1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	7.7	»	»	»	»	»
Totaux.	0.6	»	»	»	»	0.4	»	»	»	»	»	60.5	47.6	»	»	»	»
Totaux des malad. épid. .	4.9	»	»	»	»	2.1	1.9	»	»	»	»	44.8	37.5	»	»	»	»
MALADIES ENDÉMIQUES																	
1re Catég.—*Saisonnières.*																	
A. *Paludiques.*																	
Fièvre.	81.5	327.12	773.9	453.9	635.7	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	1.6	3.9	21.3	7.7	14.9	0.3	0.9	1.2	4.3	2.3	3.4	28.2	30.0	31.8	20.0	30.3	22.8
Accès pernicieux.	3.2	7.8	9.3	3.7	5.1	1.4	1.1	3.0	6.2	2.1	2.1	38.8	54.7	38.6	64.0	56.2	41.6
Insolation.	0.2	0.7	0.4	»	»	0.1	»	»	»	»	»	31.8	»	»	»	»	»
Embarras gastrique. . . .	2.1	1.6	43.0	34.8	16.7	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux.	88.5	356.0	846.5	500.2	672.5	1.7	2.0	»	»	»	»	2.0	2.5	1.2	1.2	0.9	0.8
B. *Climatériques.*																	
Diarrhée et dysenterie. . .	29.8	53.0	110.5	70.8	14.2	1.9	1.9	1.2	5.0	1.6	1.3	6.2	7.0	2.3	4.6	2.3	8.9
Hépatite.	4.4	3.2	8.5	48.6	2.5	0.3	0.3	»	1.2	0.2	0.4	6.6	9.7	»	1.4	3.7	1.7
Totaux.	34.2	56.2	119.0	77.3	16.7	2.3	2.2	1.2	6.2	1.9	1.7	6.2	7.3	2.2	5.2	2.4	10.1
Totaux de la 1re catég. .	122.7	412.2	965.5	577.6	689.2	4.0	4.3	5.5	16.7	6.3	7.2	3.2	3.5	1.3	1.7	1.1	1.1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
TOTAUX de la 1re catég.	122.7	412.2	965.5	577.6	689.2	4.0	4.3	5.5	16.7	6.3	7.2	3.2	3.5	1.3	1.7	1.4	1.1
74 2e CATÉGORIE.— *Autres.*																	
Anémie.	11.4	6.4	27.5	14.9	5.3	0.2	0.2	0.3	1.5	»	0.2	1.7	1.4	5.5	5.6	»	8.0
Coliques.	1.4	3.4	3.1	1.9	5.1	»	»	»	»	»	»	0.4	0.9	»	»	»	»
Gastralgie.	0.7	1.9	3.5	0.9	»	»	»	»	»	»	»	»	4.0	9.1	»	»	»
Scorbut.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia.	0.9	1.6	0.4	3.0	0.2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX de la 2e catég. . .	14.8	13.3	»	20.8	10.3	0.2	0.3	0.5	1.5	»	0.2	1.5	1.7	4.0	4.4	»	3.9
TOTAUX des malad. endém. .	137.3	425.5	100.4	598.0	699.9	4.2	4.6	6.0	18.2	6.3	7.4	3.0	3.3	1.4	1.4	1.1	1.1
MALAD. SPORADIQUES																	
1re CATÉG.— *Saisonnières.*																	
Bronchite.	5.1	3.5	15.5	9.3	6.4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pneumonie et pleurésie. . .	0.8	0.7	3.1	»	1.5	0.1	0.1	»	0.4	»	»	0.9	1.3	»	1.2	»	»
Phthisie pulmonaire. . . .	0.7	0.7	»	0.7	0.6	0.2	0.4	»	»	0.2	»	3.4	3.8	»	»	33.3	»
Rhumatisme.	1.4	3.7	3.5	4.7	2.3	»	»	»	»	»	»	»	3.6	»	»	»	»
TOTAUX.	8.0	10.6	22.1	14.7	10.8	0.3	0.5	»	0.4	0.2	»	3.4	6.7	»	1.7	1.6	»
2e CATÉGORIE.— *Autres.* .	9.5	8.5	10.8	12.4	3.2	0.7	0.1	0.2	0.8	»	»	6.4	2.0	2.1	7.1	»	»
TOTAUX des malad. sporad. .	13.2	19.1	32.9	27.1	14.0	1.0	0.6	0.2	1.2	0.2	»	5.1	4.5	0.9	3.5	0.9	»
MALAD. CHIRURGICALES																	
1re CATÉG.— *Saisonnières.*																	
Furoncles.	0.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ophthalmie.	0.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ver de Guinée.	0.1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX.	1.1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e CATÉGORIE.— *Autres.* .	9.9	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX des mal. chirurg. .	11.0	22.0	36.0	41.1	12.10	0.2	0.1	0.3	1.1	1.6	0.2	1.7	0.7	1.6	3.2	3.9	1.7
MALAD. VÉNÉRIENNES. .	11.9	6.7	14.3	7.0	2.3	»	»	»	0.4	»	»	»	»	»	3.0	»	»
TOTAUX GÉNÉRAUX. .	178.1	473.4	1083.7	673.6	728.4	7.1	7.2	6.6	20.9	8.3	7.6	4.1	3.2	1.4	1.9	1.2	1.1

N° 75.

TABLEAU DE LA FRÉQUENCE PROPORTIONNELLE DES MALADES

SUIVANT LA RACE.

DÉSIGNATION DES MALADIES	POUR CENT MALADES DE MÊME RACE						POUR CENT ENTRÉES DE MÊME MALADIE						OBSERVATIONS
	SAINT-LOUIS		GORÉE		MOYENNE		SAINT-LOUIS		GORÉE		MOYENNE		
	Blancs	Noirs	Blancs	Noirs	Blancs	Noirs	Blancs	Noirs	Blancs	Noirs	Blancs	Noirs	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
MALADIES ÉPIDÉMIQUES													
1re Catég. — *Tropicales.*													
Fièvre jaune	»	»	»	»	»	»	100	»	99	1	100	»	
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	90	10	95	5	93	7	
Totaux	»	»	»	»	»	»	90	10	96	4	93	7	
2e Catégorie. — *Autres.*													
Choléra	»	»	»	»	»	»	55	45	57	43	56	44	
Variole	»	»	»	»	»	»	62	38	51	49	56	44	
Totaux	»	»	»	»	»	»	59	41	52	48	56	44	
Totaux des malad. épid.	»	»	»	»	»	»	87	13	92	8	90	10	
MALADIES ENDÉMIQUES													
1re Catég. — *Saisonnières.*													
A. *Paludiques.*													
Fièvre	33	8	38	10	36	9	95	5	98	2	97	3	
Fièvre bilieuse mélanuriq.	1	»	2	»	2	»	96	4	100	»	98	2	
Accès pernicieux	1	1	1	1	1	1	95	5	96	4	95	5	
Insolation	»	»	»	»	»	»	76	24	88	12	82	18	
Embarras gastrique	2	2	2	2	2	2	75	25	89	11	83	17	
Totaux	37	11	42	13	40	12	95	5	97	3	96	4	
B. *Climatériques.*													
Diarrhée et dysenterie	16	15	14	9	15	12	82	18	94	6	88	12	
Hépatite	3	2	3	2	3	2	81	19	92	8	86	14	
Totaux	19	17	17	11	18	14	82	18	94	6	88	12	
Totaux de la 1re catég.	57	28	59	24	58	26	91	9	97	3	94	6	

75	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2e CATÉGORIE. — *Autres.*												
Anémie	4	»	9	»	6	»	100	»	98	2	99	1
Coliques	»	»	1	»	»	»	94	6	96	4	95	5
Gastralgie	»	»	1	»	»	»	100	»	97	3	99	1
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	2	5	2	3	2	4	39	61	98	2	69	31
TOTAUX de la 2e catég.	9	6	13	4	11	5	86	14	96	4	91	9
TOTAUX des malad. endém.	67	34	72	28	70	31	90	10	97	3	94	6
MALAD. SPORADIQUES												
1re CATÉG. — *Saisonnières.*												
Bronchite	3	7	3	9	3	8	65	35	84	16	75	25
Pneumonie et pleurésie	1	3	2	5	1	4	51	49	54	46	52	48
Phthisie pulmonaire	1	1	1	3	1	2	51	49	88	12	69	31
Rhumatisme	1	1	1	2	1	1	73	27	82	18	77	23
TOTAUX	6	12	8	19	7	15	63	37	79	21	71	29
2e CATÉGORIE. — *Autres.*	9	14	4	9	7	12	66	34	83	17	75	25
TOTAUX des malad. sporad.	15	26	12	28	14	27	64	36	81	19	72	28
MALAD. CHIRURGICALES												
1re CATÉG. — *Saisonnières.*												
Furoncles	2	»	2	»	2	»	100	»	92	8	96	4
Ophthalmie	1	1	2	1	1	1	50	50	80	20	65	35
Ver de Guinée	1	3	2	2	1	2	3	97	9	91	6	94
TOTAUX	5	4	6	3	5	3	38	62	85	15	63	37
2e CATÉGORIE. — *Autres.*	6	24	4	29	5	27	47	53	80	20	63	37
TOTAUX des mal. chirurg.	10	28	10	32	10	30	46	54	72	28	59	41
MALAD. VÉNÉRIENNES	7	11	5	12	6	12	72	28	85	15	78	22
TOTAUX GÉNÉRAUX	»	»	»	»	»	»	81	19	92	8	86	14

TABLEAU DE LA FRÉQUENCE PROPORTIONNELLE DES MORTS

N° 76. SUIVANT LA RACE.

DÉSIGNATION DES MALADIES	POUR CENT MORTS DE MÊME RACE						POUR CENT MORTS DE MÊME MALADIE						OBSERVATIONS
	SAINT-LOUIS		GORÉE		MOYENNE		SAINT-LOUIS		GORÉE		MOYENNE		
	Blancs	Noirs	Blancs	Noirs	Blancs	Noirs	Blancs	Noirs	Blancs	Noirs	Blancs	Noirs	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
MALADIES ÉPIDÉMIQUES													
1re CATÉG. — *Tropicales.*													
Fièvre jaune	»	»	»	»	»	»	100	»	100	»	100	»	
Fièvre rouge (Dengue)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	100	»	100	»	100	»	
2e CATÉGORIE. — *Autres.*													
Choléra	»	»	»	»	»	»	50	50	17	83	33	67	
Variole	»	»	»	»	»	»	9	90	8	91	9	91	
TOTAUX	»	»	»	»	»	»	43	57	10	90	52	48	
TOTAUX des malad. épid.	»	»	»	»	»	»	80	20	85	90	52	48	
MALADIES ENDÉMIQUES													
1re CATÉG. — *Saisonnières.*													
A. *Paludiques.*													
Fièvre	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Fièvre bilieuse mélanuriq.	4	»	9	»	6	»	96	4	100	»	98	2	
Accès pernicieux	13	4	13	3	13	4	90	10	100	»	95	5	
Insolation	2	2	2	5	2	3	39	61	61	39	50	50	
Embarras gastrique	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
TOTAUX	19	7	24	8	22	7	87	13	95	5	91	9	
B. *Climatériques.*													
Diarrhée et dysenterie	32	28	22	6	29	17	65	35	95	5	80	20	
Hépatite	5	2	6	3	5	2	81	19	92	8	76	14	
TOTAUX	37	30	28	9	34	19	67	33	95	5	81	19	
TOTAUX de la 1re catég.	56	37	52	17	56	27	74	26	95	5	75	15	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Totaux de la 1re catég.	56	37	52	17	56	27	74	26	95	5	75	15
76 2e Catégorie.— *Autres.*												
Anémie	3	1	6	2	»	»	83	17	93	7	88	12
Coliques	1	»	1	»	»	»	50	50	83	17	67	33
Gastralgie	1	»	1	»	»	»	100	»	100	»	100	»
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux de la 2e catég.	6	9	9	7	7	8	44	56	79	21	»	33
Totaux des malad. endém.	62	46	61	25	61	35	71	29	92	8	»	18
MALAD. SPORADIQUES												
1re Catég.— *Saisonnières.*												
Bronchite	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pneumonie et pleurésie	7	9	8	23	7	16	23	77	40	60	31	69
Phthisie pulmonaire	6	8	9	12	8	10	44	56	79	21	73	37
Rhumatisme	»	1	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	14	18	19	35	16	26	40	60	63	37	52	48
2e Catégorie.— *Autres.*	15	21	12	30	14	20	63	17	54	46	59	41
Totaux des malad. sporad.	30	40	31	65	30	58	50	50	59	61	55	45
MALAD. CHIRURGICALES												
1re Catég.— *Saisonnières.*												
Furoncles	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ophthalmie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ver de Guinée	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2e Catégorie.— *Autres.*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux des mal. chirurg.	7	14	7	10	7	12	38	62	39	61	39	61
MALAD. VÉNÉRIENNES	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAUX GÉNÉRAUX	»	»	»	»	»	»	68	32	81	19	74	26

TABLEAU DES PROPORTIONS DE MALADES, CONVALESCENTS ET MORTS

N° 77. DANS LES DIVERS CORPS DE TROUPE DE LA COLONIE DU SÉNÉGAL, RELATIVEMENT A L'EFFECTIF (POUR 100).

DÉSIGNATION DES MALADIES	INFANTERIE 13.413 hommes			ARTILLERIE 3.796 hommes			CAVALERIE 1.590 hommes			MARINE 2.702 hommes			DISCIPLINE 2.044 hommes			MOYENNE 25.545 hommes		
	Malad.	Conval.	Morts	Malad.	Conval.	Morts	Malad.	Conval.	Morts	Malad.	Conval.	Morts	Malad.	Conval.	Morts	Malades	Conval.	Morts
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
MALADIES ÉPIDÉMIQUES																		
1re CATÉG. — *Tropicales.*																		
Fièvre jaune	3.5	0.3	1.7	4.0	0.5	1.7	2.1	0.1	0.7	6.9	0.1	2.6	1.6	1.6	1.5	3.7	0.4	1.7
Fièvre rouge (Dengue)	0.6	»	»	0.4	»	»	0.4	»	»	0.3	»	»	0.1	»	»	0.5	»	»
TOTAUX	4.1	0.3	1.7	4.7	0.5	1.7	2.5	0.1	0.7	7.2	0.1	2.6	1.4	1.6	1.5	4.2	0.4	1.7
2e CATÉGORIE. — *Autres.*																		
Choléra	0.5	0.1	0.3	0.4	0.1	0.3	0.2	0.1	0.2	0.5	0.3	0.2	0.3	»	0.3	0.5	0.1	0.3
Variole	0.2	»	»	0.1	»	»	»	»	»	»	»	»	0.1	»	»	0.1	»	0.1
TOTAUX	0.7	0.1	0.3	0.5	0.1	0.3	0.2	0.1	0.2	0.5	0.3	0.2	0.4	»	0.3	0.6	0.1	0.3
TOTAUX des malad. épid.	4.8	0.4	2.0	5.2	0.7	2.0	2.7	0.2	0.9	7.7	0.4	2.8	1.8	1.6	1.8	4.8	0.5	2.1
MALADIES ENDÉMIQUES																		
1re CATÉG. — *Saisonnières.*																		
A. *Paludiques.*																		
Fièvre	75.4	3.5	»	84.8	3.2	»	73.0	2.9	»	103.3	17.5	»	87.3	2.7	»	85.7	4.9	»
Fièvre bilieuse mélanuriq.	1.4	0.3	0.5	1.5	0.6	0.3	0.6	»	0.4	1.0	0.1	0.2	4.8	0.7	1.5	1.6	0.4	0.5
Accès pernicieux	2.7	0.1	1.3	2.9	0.1	1.1	3.0	0.1	0.9	5 4	0.4	1.9	4.1	0.1	1.2	3.2	0.1	1.3
Insolation	0.2	0.1	0.3	0.2	0.1	»	»	»	»	0.3	0.1	0.1	0.3	»	»	0.2	0.1	0.1
Embarras gastrique	1.8	»	»	2.2	»	»	1.6	»	»	35.1	»	»	2.1	»	»	2.1	»	»
TOTAUX	83.2	4.0	1.8	91.7	4.1	1.5	78.2	3.1	1.2	113.5	18.1	2.1	98.6	3.5	2.7	88.1	5.5	1.8
B. *Climatériques.*																		
Diarrhée et dysenterie	32.8	3.4	2.1	30.1	3.8	1.6	18.3	2.8	1.1	23.1	3.9	1.5	29.6	1.8	2.2	29.6	3.1	1.9
Hépatite	4.6	1.1	0.3	3.1	1.0	0.3	8.8	1.9	0.3	3.4	1.3	0.2	3.6	0.7	0.5	4.4	1.1	0.3
TOTAUX	37.3	4.5	2.4	33.2	4.8	1.9	27.1	4.6	1.4	26.5	5.2	1.7	33.2	2.6	2.8	34.0	4.5	2.2
TOTAUX de la 1re catég.	118.3	8.5	4.2	124.9	8.8	3.4	105.3	7.8	2.7	140.0	23.3	3.9	131.8	6.1	5.5	122.1	10.1	4.1

77

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2ᵉ Catégorie.— *Autres.*																		
Anémie	12.4	2.4	0.2	9.1	2.1	0.2	1.5	0.9	»	8.4	2.5	0.2	20.2	2.5	0.2	11.3	2.3	0.2
Coliques	1.3	0.2	»	2.3	0.2	»	»	»	»	1.9	1.5	0.4	0.8	0.1	»	1.4	0.3	0.1
Gastralgie	0.7	0.1	»	0.4	0.4	»	0.7	0.4	»	1.2	0.3	»	0.3	»	»	0.7	0.2	0.1
Scorbut	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia	1.1	»	»	1.0	»	»	»	»	»	0.4	»	»	1.0	»	»	0.9	»	»
Totaux de la 2ᵉ catég.	15.6	2.8	0.3	13.2	2.7	0.2	2.3	1.3	»	13.2	4.5	0.3	23.7	2.8	0.2	14.8	2.8	0.2
Totaux des malad. endém.	133.9	11.3	4.4	148.1	11.5	3.6	107.6	9.1	2.7	153.2	27.9	4.2	155.4	8.9	3.7	146.9	12.9	4.3
MALAD. SPORADIQUES																		
1ʳᵉ Catég.— *Saisonnières.*																		
Bronchite	4.4	»	»	6.4	»	»	3.1	»	»	7.5	»	»	4.7	»	»	5.1	»	»
Pneumonie et pleurésie	0.8	0.1	0.1	0.5	0.1	»	0.3	0.1	0.1	1.3	»	0.2	1.1	0.1	0.2	0.8	0.1	0.1
Phthisie pulmonaire	0.8	0.4	0.2	0.3	0.6	0.4	0.1	0.2	0.1	1.1	0.9	0.2	0.7	0.5	0.4	0.7	0.5	0.2
Rhumatisme	1.6	0.1	»	0.9	0.2	»	0.9	»	»	1.7	0.5	»	0.7	0.1	»	1.4	0.1	»
Totaux	7.7	0.6	0.3	8.0	0.9	0.4	4.4	0.2	0.1	11.6	1.4	0.4	7.2	0.7	0.4	8.0	0.7	0.3
2ᵉ Catégorie.— *Autres.*	9 3	0.3	0.6	8.7	0.4	0.4	15.3	0.2	0.6	7.5	0.4	0.5	9.7	0.5	0.2	9.4	0.3	0.5
Totaux des malad. sporad.	17.2	0.9	0.9	16.7	1.3	0.8	19.7	0.4	0.7	19.2	1.8	0.9	16.9	1.2	0.7	17.4	1.1	0.9
MALAD. CHIRURGICALES																		
1ʳᵉ Catég.— *Saisonnières.*																		
Furoncles	0.4	»	»	0.4	»	»	0.9	»	»	0.8	»	»	0.6	»	»	0.5	»	»
Ophthalmie	0.5	»	»	0.6	»	»	0.3	0.1	»	0.4	»	»	0.5	0.1	»	0.5	0.1	»
Ver de Guinée	0.1	»	»	0.1	»	»	»	»	»	»	»	»	0.1	»	»	0.1	»	»
Totaux	1.0	»	»	1.1	»	»	1.2	0.7	»	1.2	»	»	1.2	0.1	»	1.1	0.1	»
2ᵉ Catégorie.— *Autres.*	8.3	0.3	»	10.2	0.2	»	24.5	0.7	»	7.6	»	»	11.1	1.3	0.1	9.9	0.4	»
Totaux des mal. chirurg.	9.3	0.3	0.2	11.3	0.2	0.2	25.7	0.7	»	8.8	0.5	»	12.2	1.4	0.1	10.9	0.5	0.1
MALAD. VÉNÉRIENNES	11.0	»	»	11.7	»	»	16.0	»	0.1	14.2	»	»	12.2	0.2	»	11.9	0.1	»
TOTAUX GÉNÉRAUX	176.0	13.0	7.6	183.0	13.6	6.6	171.7	10.6	4.4	203.1	30.6	8.0	198.7	11.3	8.5	181.9	15.0	7.3

N° 78.

TABLEAU DES JOURNÉES D'HOPITAL DANS LES HOPITAUX DE SAINT-LOUIS ET DE GORÉE PENDANT VINGT ANS (1853-1872).

DÉSIGNATION DES MALADIES	SAINT-LOUIS		GORÉE		MOYENNE			OBSERVATIONS
	Malades	Journées	Malades	Journées	S.-Louis	Gorée	Les deux	
	1	2	3	4	5	6	7	
MALADIES ÉPIDÉMIQUES								
1re Catég.—*Tropicales*.								
Fièvre jaune.	669	12.873	411	7.923	19	19	19	
Fièvre rouge (Dengue). . .	58	583	79	621	10	8	9	
Totaux.	727	13.456	490	8.544	19	17	18	
2e Catégorie. — *Autres*.								
Choléra.	265	756	14	81	6	6	6	
Variole.	21	420	68	1.254	20	18	19	
Totaux.	286	1.176	82	1.335	6	16	11	
Totaux des malad. épid. .	1.013	14.632	572	9.879	17	17	17	
MALADIES ENDÉMIQUES								
1re Catég.—*Saisonnières*.								
A. *Paludiques*.								
Fièvre.	15.607	264.775	9.340	110.503	17	12	14	
Fièvre bilieuse mélanuriq. .	178	3.015	288	5.719	12	19	18	
Accès pernicieux.	722	12.230	278	3.805	16	14	15	
Insolation.	42	711	72	1.181	17	17	17	
Embarras gastrique.	722	10.230	185	1.612	14	9	11	
Totaux.	17.271	290.961	10.163	122.820	17	12	15	
B. *Climatériques*.								
Diarrhée et dysenterie. . .	6.891	117.735	3.192	63.084	18	20	19	
Hépatite.	996	17.872	523	10.747	18	20	19	
Totaux.	7.887	135.607	3.725	73.831	18	20	19	
Totaux de la 1re catég. .	25.158	426.568	13.888	196.651	17	14	15	

78

	1	2	3	4	5	6	7
2e CATÉGORIE.— *Autres.*							
Anémie.	1.811	37.011	2.105	31.467	19	16	18
Coliques.	315	8.724	359	6.156	16	17	17
Gastralgie.	236	3.997	72	1.136	17	16	16
Scorbut.	»	»	»	»	»	»	»
Tétanos.	»	»	»	»	»	»	»
Tœnia.	499	1.603	87	505	8	6	7
TOTAUX de la 2e catég. (1).	3.093	57.978	2.659	42.646	17	16	17
TOTAUX des malad. endém. .	28.251	482.732	16.547	239.131	17	15	16
MALAD. SPORADIQUES							
1re CATÉG.— *Saisonnières.*							
Bronchite.	1.594	27,002	775	10.132	16	14	15
Pneumonie et pleurésie. . .	469	7.944	284	4.943	17	17	17
Phthisie pulmonaire. . . .	207	4.507	260	6.393	21	24	22
Rhumatisme.	434	7.352	299	4.982	17	16	17
TOTAUX.	2.701	46.805	1.618	26.450	17	16	17
2e CATÉGORIE.— *Autres.* .	3.299	55.885	1.135	16.349	16	14	15
TOTAUX des malad. sporad. .	6.003	102.690	2.753	42.799	17	16	17
MALAD. CHIRURGICALES							
1re CATÉG.— *Saisonnières.*							
Furoncles.	104	1.620	67	732	10	11	10
Ophthalmie.	201	3.323	128	2.277	16	17	16
Ver de Guinée.	245	5.150	22	577	21	26	23
TOTAUX.	550	9.093	217	3.586	16	16	16
2e CATÉGORIE.— *Autres.* .	3.716	62.949	2.053	39.498	17	19	18
TOTAUX des mal. chirurg. .	4.266	73.042	2.270	43.084	17	19	18
MALAD. VÉNÉRIENNES. .	3.152	71.997	1.664	43.766	21	29	25
TOTAUX GÉNÉRAUX (2).	42.685	745.093	23.806	378.659	17	16	17

(1) Il y a une différence entre les chiffres de l'anémie, les coliques, la gastralgie, le tænia et les totaux de la deuxième catégorie ; elle provient de ce que les cas de scorbut et de tétanos, qui avaient été portés séparément dans les premiers calculs, n'ont plus été notés d'une manière distincte ultérieurement.

(2) Malades. 66.490
Journées d'hôpital. . 1.123.752
Moyenne. . . . 16.9

TABLEAU DES MALADIES SPORADIQUES DE L'HOPITAL DE GORÉE

N° 79. DÉSIGNÉES SOUS LE NOM DE : AUTRES.

MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMB.	OCTOBRE	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	OBS.
Amygdalite et pharyngite	3	1	3	»	2	»	2	3	2	2	2	4	24	
Ascite et anasarque	12	10	10	3	3	6	9	15	19	12	3	4	106	
Alcoolisme	1	1	»	»	2	1	7	4	1	2	»	1	20	
Ataxie locomotrice	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	2	
Albuminurie	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	
Apoplexie	2	1	2	»	»	5	1	»	»	»	»	»	11	
Affection du cœur	6	1	2	4	3	4	8	5	2	3	6	9	53	
Asphyxie	»	1	»	2	»	»	»	1	1	»	»	»	5	
Asthme	1	1	»	1	3	»	3	1	2	3	»	2	17	
Bronchite capillaire	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	
Céphalée	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	3	
Coqueluche	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	
Congestion pulmonaire	1	»	1	»	2	1	»	»	»	»	»	»	5	
Cyrrhose	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	
Cholérine ou Diank	»	»	»	»	1	»	1	1	»	2	»	9	14	
Courbature et indisposition	13	15	27	13	18	14	20	19	11	19	12	2	183	
Entérite	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	2	
Epilepsie	5	3	3	6	2	2	1	16	2	2	1	13	56	
Etat nerveux	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»	3	
Epistaxis	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	2	
Empoisonnement	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	
Emphysème pulmonaire	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	7	
Folie, manie, hypochondrie	1	2	1	1	5	4	5	1	2	8	3	3	36	
Fièvre typhoïde	15	12	16	13	17	7	18	4	4	5	9	20	140	
Gravelle et néphrite	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	1	1	5	
Hématurie	2	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»	5	
Hémorrhagie	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	
Hémorrhoïdes	8	3	1	»	1	1	4	2	»	3	»	6	29	
Hématémèse	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	
Ictère	8	2	5	»	1	2	4	»	3	2	13	1	41	
Idiotie	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	1	»	4	
Inanition	»	»	»	1	1	»	2	2	3	»	»	»	9	
Ivresse	2	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4	
Laryngite	1	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4	
Lumbago	7	11	3	17	11	11	9	1	6	8	3	10	97	
Myélite	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	
Maladie du sommeil	»	1	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	3	
Nostalgie	»	»	1	»	1	»	»	»	»	1	1	2	6	
Névralgie	1	2	»	3	2	»	1	3	»	»	1	2	15	
Otite	10	»	1	2	9	5	1	7	3	5	2	17	62	
Paraplégie, hémiplégie, paralysie	2	1	1	1	1	»	»	1	2	»	»	»	9	
Péricardite	2	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	»	5	
Péritonite	»	1	1	1	»	»	1	2	2	»	»	»	8	
Pneumatose	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	
Parotidite	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	
Rougeole	»	»	»	4	»	1	»	»	»	»	»	»	5	
Ramollissement du cerveau	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	
Rétention d'urine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	
Splénite	»	1	1	1	»	»	»	2	»	1	»	1	7	
Stomatite	7	11	2	3	8	9	11	3	12	3	8	4	81	
Sciatique	3	4	3	»	»	»	»	1	7	1	2	4	25	
Sénilité	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	
Torticolis	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	
Urticaire	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	
TOTAUX	119	90	91	81	97	77	113	99	87	83	73	125	1135	

TABLEAU DES MALADIES CHIRURGICALES DE L'HOPITAL DE GORÉE

Nº 80. DÉSIGNÉES SOUS LE NOM DE : AUTRES.

MALADIES	JANV.	FÉV.	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILL.	AOUT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL	OBS.
Aphthes	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	
Albugo	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	
Amaurose	2	»	»	2	»	1	»	»	»	»	1	»	6	
Amputation	»	»	»	»	2	1	»	»	»	2	»	»	5	
Angéioleucite	1	»	»	»	2	1	»	»	»	2	»	»	6	
Abcès	17	14	9	25	19	12	16	21	10	12	11	9	175	
Arthrite	»	1	1	2	2	1	»	5	1	4	»	1	18	
Accouchement	»	3	1	2	»	»	»	2	1	»	»	»	9	
Acné	»	1	»	2	»	»	1	»	»	»	1	»	5	
Ankylose	»	2	»	»	1	»	1	»	1	1	»	»	6	
Brûlure	6	5	3	9	2	4	2	4	1	»	12	1	49	
Blépharite	3	»	1	»	»	1	1	»	»	»	»	1	7	
Contusion	17	11	9	16	13	13	11	20	12	10	11	21	164	
Corps étrangers	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	2	
Cystite	»	1	»	1	»	2	»	»	»	»	1	1	6	
Cataracte	1	»	»	»	1	»	»	»	»	2	»	»	4	
Chute du rectum	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	
Carie, nécrose et ostéite	2	1	1	»	2	1	4	2	»	3	1	1	18	
Cancroïde	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	2	4	
Commotion cérébrale et encéphalite	1	1	1	3	2	1	»	1	2	1	»	»	13	
Coxalgie	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	
Coup de feu	5	12	32	10	5	17	2	8	6	5	»	23	125	
Dysurie et retrécissement uréthral	»	3	3	»	1	»	1	»	»	»	1	»	9	
Erysipèle et érythème	3	1	1	2	1	»	1	»	2	1	2	2	16	
Entorse	3	4	7	4	7	9	4	10	»	2	4	»	54	
Exostose	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	2	
Eczéma, herpès, intertrigo, psoriasis	6	4	8	9	7	5	6	9	9	7	3	3	76	
Ecthyma, impétigo, pemphygus	5	3	5	7	14	7	5	2	4	2	1	4	59	
Eléphantiasis, lèpre	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	
Epistaxis	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	
Fractures des membres	4	5	12	3	10	10	12	12	7	11	11	21	118	
Fractures de la colonne vertébrale	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	»	3	
Fistule à l'anus	»	1	1	»	2	1	1	1	1	1	1	»	10	
Fissures à l'anus	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	
Fluxion dentaire	»	»	»	»	»	1	1	1	»	1	»	»	4	
Favus	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	
Gangrène	»	»	2	2	»	1	»	4	»	»	1	»	10	
Gale	23	19	17	19	9	5	10	10	3	2	5	12	134	
Hydarthrose	1	2	»	2	»	»	»	»	1	»	»	1	7	
Hydrocèle	2	»	4	»	»	1	2	»	2	1	»	3	15	
Hernies	6	3	8	»	3	2	1	3	7	5	5	2	45	
Incontinence d'urine	1	1	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	
Kyste	»	»	4	»	2	»	2	»	»	»	»	»	8	
Œdème	1	3	1	»	»	»	1	2	»	4	1	»	13	
Otorrhée	»	»	1	1	»	»	»	»	»	1	»	1	4	
Onyxis	2	1	»	5	4	4	4	»	2	2	3	»	27	
Luxation	1	»	1	2	»	»	2	1	»	1	1	»	9	
Mentagre	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	
Phlegmon	10	7	16	14	4	2	5	5	4	7	4	5	83	
Phymosis et paraphymosis	2	2	»	1	»	4	»	1	»	3	1	1	15	
Panaris	6	2	1	10	1	2	6	6	1	3	7	19	64	
Plaies	51	32	53	38	51	22	40	10	37	36	38	54	462	
Spermatorrhée	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	2	
Piqûre d'insectes (Ramigney)	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	2	
Strangulation	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	
Tumeur	»	1	»	1	»	3	»	»	»	»	2	1	8	
Ulcères	3	5	16	18	16	13	13	13	14	18	10	16	155	
Varices	»	»	1	1	»	»	»	»	2	»	1	»	5	
Verrues	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	
TOTAUX	186	153	221	216	189	149	158	153	134	152	141	201	2053	

TABLEAU GÉNÉRAL DES MALADIES VÉNÉRIENNES DE L'HOPITAL DE GORÉE

N° 81. (1853 A 1872 INCLUS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMB.	OCTOBRE	NOVEMB.	DÉCEMB.	TOTAL	OBS.
MALADIES VÉNÉRIENNES.														
Bubons	22	17	17	10	21	16	15	24	20	18	21	20	221	
Chancres	34	44	44	54	71	45	44	29	50	45	48	65	573	
Syphilis secondaire	22	15	23	17	21	17	29	16	18	14	19	34	245	
Uréthrite et balanite	41	49	37	67	44	54	51	48	33	35	23	35	517	
Orchite	11	7	8	9	8	11	15	7	9	5	11	7	108	
TOTAUX GÉNÉRAUX	130	132	129	157	165	143	154	124	130	117	122	161	1664	

RÉSISTANCE ET PRÉDISPOSITIONS

DES DIVERSES CLASSES DES EUROPÉENS AUX MALADIES DU SÉNÉGAL.

Après avoir rappelé que les individus de race caucasique ne peuvent pas faire souche féconde et suffisamment résistante au Sénégal, voyons les forces de résistance ou les prédispositions fâcheuses que présentent les diverses catégories de blancs qui sont appelés à séjourner en Sénégambie, et pour cela commençons par présenter la description sommaire de la population du pays qui nous occupe.

Les Européens, qui habitent transitoirement le Sénégal, se partagent en deux catégories distinctes qui présentent chacune des particularités d'existence et de provenance qu'on ne saurait négliger dans une étude de la nature de celle-ci.

1° Les uns constituent la population civile ;

2° Les autres font partie du service colonial et appartiennent à la hiérarchie maritime, militaire ou administrative.

Nous allons passer en revue les diverses particularités afférentes à ces deux catégories. Mais d'abord, et bien que notre cadre ne nous permette pas d'étudier les diverses races indigènes qui se rencontrent au Sénégal, montrons d'un coup d'œil les différentes prédispositions des blancs et des noirs en face des maladies dont nous avons parlé. Cette courte digression peut, en bien des circonstances, avoir son utilité.

Les tableaux n°s 59 et 60 nous donnent quelques renseignements à cet égard, en nous montrant des chiffres comparatifs des diverses maladies entre les blancs et les nègres; mais c'est surtout le tableau n° 75 qui nous montre les détails les plus circonstanciés à ce point de vue, car dans les autres, nous aurions besoin de savoir les chiffres comparatifs des effectifs européens et indigènes qui ont fourni les entrées à l'hôpital pour avoir tous les éléments de la discussion.

Ce tableau n° 75, tout sommaire qu'il est, peut nous donner d'instructifs renseignements. Ainsi, par exemple, les colonnes 1 à 6 supposent qu'il est entré 100 malades de même race à l'hôpital, à un moment donné, et elles indiquent combien il y en aura dans chaque race atteints de telle ou telle maladie. Ainsi on peut remarquer qu'en additionnant les chiffres des maladies épidémiques, endémiques, sporadiques, chirurgicales et vénériennes, on arrive au chiffre 100 à quelques minimes fractions près pour chaque hôpital.

Le tableau 76 fait le même calcul pour les morts.

Nous voyons dans le tableau 75 que sur 100 malades entrés à l'hôpital il y en a 2,5 blancs et 1,6 noirs atteints de maladies épidémiques. Ce chiffre est fait pour donner une idée de la fréquence relative des épidémies dans la vie de la colonie. Mais nous pouvons ne pas nous en occuper davantage ici. Ce chiffre serait surtout intéressant si nous le comparions à ses analogues des autres colonies. Dans le tableau 76 nous voyons que le chiffre des morts est considérable pour les maladies épidémiques : 25,8 pour les blancs, 15,5 pour les noirs. Nous voyons que la fièvre jaune et le choléra sont incriminés surtout. C'est qu'en effet ces maladies sont extrêmement graves toujours.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces chiffres, mais nous dirons cependant que les maladies épidémiques, ne se présentant pas régulièrement, ne doivent pas entrer dans la question de supputation des maladies et des morts quand on étudie les années ordinaires, de sorte qu'il nous faudra, pour ces années ordinaires, augmenter de 1/4 le chiffre de la mortalité des blancs, de 1/6 le chiffre de la mortalité des noirs pour avoir plus exactement le rapport à 100. Quant aux chiffres des maladies, ils sont trop minimes pour nécessiter une augmentation.

Nous voyons encore dans le tableau précité pour la fièvre que tandis qu'il y a 36 pour 100 d'Européens atteints, il n'y a que le 9 p. 100 chez les noirs. Preuve que nous subissons l'influence paludéenne beaucoup plus vivement que les Soudaniens. Il faut ajouter que si les exigences du service ne dépaysaient pas les noirs, cette proportion serait infiniment moindre.

Nous pourrions écrire plusieurs centaines de pages si nous voulions étudier en détail toutes les réflexions que suggère ce tableau; car il faudrait faire autant de chapitres qu'il y a de séries et autant d'alinéas dans chaque chapitre qu'il y a de lignes horizontales dans le tableau. Un pareil travail nous entraînerait trop loin, aussi laisserons-nous au lecteur le soin de rechercher les conséquences et les conclusions des chiffres que nous avons fournis ici en résumé.

1. POPULATION CIVILE EUROPÉENNE, C'EST-A-DIRE COMMERÇANTS EUROPÉENS.

Le titre même de cette catégorie de la population sénégambienne nous dit ce qu'elle est : ce sont des Européens venus dans le pays pour y faire le commerce. Une première chose à rechercher en nous occupant d'elle, c'est de voir quelle est son origine, comment ces individus se recrutent en général. Or nous dirons que les commer-

çants européens du Sénégal proviennent de deux sources bien distinctes : les uns, et c'est la grande majorité, sont des jeunes gens natifs des grandes villes commerciales : Marseille, Bordeaux, qui, après avoir fini leur instruction dans les écoles de leurs pays, arrivent, soit à Saint-Louis, soit à Gorée, en qualité de commis subalternes dans les diverses maisons de commerce de la colonie. Là ils apprennent quelque chose de la langue, des habitudes, des allures des noirs et, une fois le noviciat fait, ils sont disséminés sur les divers points de la côte ou dans le fleuve, où ces maisons de commerce ont des comptoirs pour faire la traite. Ils gagnent ainsi, peu à peu, dans leur maison commerciale, leurs grades, si je puis m'exprimer ainsi, comme les fonctionnaires avancent dans la hiérarchie militaire en plus ou moins de temps.

Ils reviennent alternativement au chef-lieu de la colonie pour repartir encore jusqu'à ce qu'ils soient parvenus aux fonctions supérieures de représentant principal de leur maison, d'associés et copropriétaires ou propriétaire unique de la raison de commerce.

Les autres sont, ou bien des jeunes gens de la même provenance, qui, après un noviciat, s'établissent, à leur compte, sur un des points du littoral ; ou bien, des militaires ou employés de l'État, qui prennent leur congé et tentent la fortune en faisant le même métier de traitant dans les comptoirs. Ils ont, comme les précédents, pour perspective, l'espoir de devenir propriétaires d'une maison de commerce assez importante qui aura un comptoir central, soit à Saint-Louis, soit à Gorée. Ils habiteront alors ces derniers pays pour parfaire leur fortune, en attendant le moment où ils pourront rentrer en Europe afin de jouir de la richesse qu'ils ont acquise au risque de leur vie, par un labeur plus ou moins prolongé dans les pays soudaniens.

Si nous envisageons, à un point de vue synthétique, les divers éléments, cette catégorie d'habitants du Sénégal, que nous appelons commerçants, nous voyons que nous n'avons affaire qu'à un seul groupe d'individus en définitive ; en effet, qu'ils proviennent des ports du commerce ou des rangs des serviteurs subalternes de l'État, ce sont des hommes de dix-huit à quarante ans, commençant généralement à vivre dans les comptoirs secondaires, pour venir habiter, en fin de compte, dans les pays centraux de la colonie.

Il y a donc grande similitude entre eux, et nous verrons tantôt qu'il n'y a pas une ressemblance moins grande de nature avec les employés de l'État qui viennent de même au Sénégal pour séjourner dans les divers postes de la côte ou du fleuve au début,

c'est-à-dire dans les grades inférieurs, puis habiter, en fin de compte, les chefs-lieux, lorsqu'ils sont arrivés aux grades supérieurs.

Entrons dans le détail de l'étude des faits principaux de l'existence des commerçants au Sénégal, et parlons successivement de leur provenance, de leur genre de vie, de leurs chances de santé et de maladie suivant lenrs fonctions, leur âge, etc., etc.

Commençons par dire que nous ferons ici comme ailleurs de fréquents emprunts à Thévenot, qui nous a laissé, dans son estimable livre du Sénégal, quelques renseignements précieux dont nous pouvons faire profit, et commençons par lui rendre le tribut d'éloges qui lui revient comme médecin éminent et comme hygiéniste.

Thévenot nous apprend qu'en 1835 la population européenne sédentaire était ainsi partagée :

Pays.	Hommes.	Femmes.	Total.
Saint-Louis.	87	42	129
Gorée.	17	5	22
	104	47	151

Depuis cette époque, la population a singulièrement augmenté, comme on peut le voir par l'état ci-après de la population en 1872, dont j'ai pris les chiffres à la Direction de l'Intérieur de la colonie.

Pays.	Hommes	Femmes.	Total.
Saint-Louis.	251	93	344
Gorée..	105	36	141
Dakar.	36	12	48
Rufisque.	47	20	67
Soal et Portudal	9	3	12
Sedhiou	12	11	23
Carabane.	9	11	20
	409	186	655

Nous voyons donc, d'une manière générale, que la population européenne de la Sénégambie a augmenté comme 1 est à 4 1/2. Cette augmentation a porté surtout sur Gorée, qui avait 22 Européens en 1840 et qui en présente aujourd'hui 141, et nous pouvons prédire qu'en peu d'années la proportion s'élèvera encore d'une manière considérable, car ce développement de Gorée-Dakar est destiné à être infiniment plus grand que celui de Saint-Louis, par la raison bien simple que le commerce du fleuve Sénégal est peu susceptible d'accroissement, tandis que l'extension commerciale de Gorée-Dakar suivra la proportion de la phase d'extension de nos relations

avec les rivières du bas de la côte depuis le Saloum jusqu'à Sierra-Leone.

Nous disions tantôt que la population commerçante du Sénégal se recrute à deux souches principales : les jeunes gens venus des ports de commerce, Bordeaux, Marseille, etc., etc.; les employés de l'État qui prennent leur congé dans le pays ou qui y reviennent à l'expiration de leur temps de service. Nous allons voir cette assertion vérifiée par les chiffres de la statistique. En effet, Thévenot (p. 145) nous a donné les indications suivantes sur l'âge des émigrants du Sénégal :

1 à 5 ans.	6,8 p. 100	Enfants.	12,6 p. 100
5 à 15 ans	5,8 p. 100		
15 à 20 ans	14,2 p. 100	Age adulte.	76,9 p. 100
20 à 30 ans	41,8 p. 100		
30 à 40 ans	20,9 p. 100		
40 à 50 ans	7,5 p. 100	Age mûr.	10,5 p. 100
50 à 60 ans.	3,0 p. 100		
	100		100

D'où il découle que l'âge moyen des émigrants au Sénégal est de 28 ans. Ce chiffre n'est-il pas éloquent? Ne nous montre-t-il pas que la majeure partie des individus, qui viennent se fixer dans la colonie, sont des citoyens qui ont satisfait à la loi de recrutement, puisque 28 est égal à 21 plus 7, et par conséquent nous trouvons dans ce chiffre une corroboration de ce que nous disions tantôt, qu'une partie des commerçants du Sénégal se recrute parmi les militaires de la colonie qui sont arrivés au terme de leur service.

La distinction en enfants, adultes et individus d'un âge mûr est bien plus intéressante et instructive. En effet, pour quelques rares enfants amenés au Sénégal par des parents occupés à travailler à leur fortune et pour quelques hommes âgés venus dans ce pays comme chef de maison, liquidateur, employé supérieur de commerce, nous voyons que plus des trois quarts (76,9 p. 100) de la population appartient à la catégorie des adolescents et des adultes.

Si même nous voulons aller plus loin dans les spécifications, nous trouvons que la totalité des émigrants de 15 à 20 ans, que la moitié des émigrants de 30 à 40 ans viennent de la source civile. Les autres sont les militaires et les marins congédiés, cela nous porte à dire que les 76,9 p. 100 portés ci-dessus se décomposent en 56 individus qui ont toujours été civils et 20 qui proviennent des cadres de la garnison militaire ou maritime.

Un point qui a aussi son intérêt : c'est de savoir quelle est la nationalité des individus qui viennent constituer la population commerciale de la Sénégambie française. Or nous empruntons encore les renseignements suivants à Thévenot, qui a recherché en 1837 la provenance des habitants du Sénégal (*loc. cit.*, p. 145) et qui est arrivé aux chiffres suivants :

Français.	90,7 p. 100
Espagnols.	3,1 p. 100
Italiens.	5,2 p. 100
Anglais.	1,0 p. 100
	100

La population n'est guère modifiée aujourd'hui encore, et si nous retranchons deux ou trois unités aux Espagnols pour représenter les Américains, qui commencent à venir nouer des relations commerciales entre la Sénégambie et les Etats-Unis du Nord, nous avons l'expression de l'état actuel. Or nous sommes, d'après ces chiffres, autorisés à dire que la population commerciale de notre colonie sénégalaise est éminemment française, plus exclusivement nationale même que celle de la plupart de nos autres possessions.

Parmi les 90 ou 91 p. 100 qui constituent l'élément français de la classe que nous étudions, les provenances se partageaient du temps de Thévenot de la manière suivante :

Havre et Paris.	4,1 p. 100
Nantes	8,2 p. 100
Bordeaux.	30,8 p. 100
Marseille.	56,9 p. 100
	100

De nos jours la situation s'est un peu modifiée ; les chiffres semblent actuellement se déplacer en faveur de Bordeaux et au détriment de Marseille et de Nantes, qui ont beaucoup moins de relations avec le Sénégal proprement dit, de sorte que nous nous en tiendrons aux proportions suivantes :

Havre et Paris.	5 p. 100
Nantes et Bretagne	2 p. 100
Bordeaux et ouest de la France.	60 p. 100
Marseille et sud de la France.	25 p. 100
Centre et nord-est de la France.	8 p. 100
	100

La cause du déplacement des provenances de la population est

assurément l'établissement d'une escale à Dakar, pour les vapeurs transatlantiques de Bordeaux à Buenos-Ayres, et si la ligne qui va de Marseille au Brésil, relachant aux îles du Cap-Vert, venait toucher à Dakar, nous verrions bientôt le nombre des provenances s'accroître de nouveau d'une manière sensible, de même que les relations commerciales de Marseille avec le Sénégal s'accroîtraient très-sensiblement.

La population dite sédentaire, ne venant passer qu'un temps très-court d'une manière absolue au Sénégal, il est inutile de nous occuper de mariages entre blancs et des naissances que ces mariages entraînent. On comprend que le pays devant, dans le présent comme dans l'avenir, être seulement un endroit où l'on vient vivre temporairement, il n'y a aucun intérêt à rechercher si la fécondité des femmes blanches subit quelque atteinte ou est augmentée au contraire.

Quand on parle de l'existence des Européens dans un pays si tristement célèbre pour son insalubrité que le Sénégal, une pensée vient aussitôt : quel est le chiffre des décès pour 100 individus arrivés au Sénégal? Et assurément c'est là la question que le lecteur ne manquera pas de nous faire tout d'abord ; mais malheureusement il est impossible de répondre par un chiffre mathématiquement exact, car il y a trop de conditions à spécifier pour la connaissance précise du résultat.

En effet, compterons-nous comme morts seulement ceux qui sont venus au Sénégal pleins de vie et dont le corps reste dans les champs obituaires du pays? Ce serait une mauvaise manière d'apprécier la léthalité du climat; car, d'une part, on peut être mort d'une maladie du climat, de maladies accidentelles, d'accidents, d'affections héréditaires et, d'autre part, la proximité de la mère-patrie, la fréquence et la régularité des communications, entre l'Europe et la côte occidentale d'Afrique, font que bien des victimes du climat sénégambien partent avant leur mort pour terminer leur existence, soit pendant la traversée, soit aux points d'arrivée : Bordeaux, Marseille, etc.

Si on y réfléchit un instant, on constate bientôt l'impossibilité d'arriver à des chiffres bien déterminés; et nous le dirons tantôt : quand même on pourrait faire cette statistique, quelle en serait la signification? quel en serait le résultat? Bien minimes, sinon nuls à notre avis. Néanmoins, faisons ici encore parler les chiffres, tout en reconnaissant leur faible importance pour l'appréciation de la réalité.

Voici d'abord les chiffres relatifs de la mortalité suivant les divers

sexes, d'après Thévenot, qui a fait ce travail (*loc. cit.*, p. 150) pour une période de dix ans :

Hommes.	74,4 p. 100
Femmes.	25,6 p. 100
	100

Or si nous remarquons que les hommes entrent pour les 81 p. 100 de la population du Sénégal, il semble, d'après les indications, que les femmes ont supporté, moins bien que les hommes, l'influence du climat, ce qui n'est pas l'expression de la vérité. La preuve que nous en pouvons donner est que si nous recherchons l'âge de la mortalité, suivant le sexe, nous trouvons (*loc. cit.*, p. 151) le tableau suivant :

Ages.	Hommes.	Femmes.	Totaux.
Naissance à 1 an.	3	6	9
1 an à 5 ans.	8	5	13
Total de la mortalité des enfants.	11	11	22
5 à 10 ans.	»	»	»
10 à 20 ans.	5	1	6
20 à 30 ans.	14	4	18
30 à 40 ans.	15	2	17
40 à 50 ans.	8	2	10
50 à 60 ans.	4	»	4
60 à 70 ans.	2	»	2
70 à 80 ans.	2	1	3
Total de la mortalité des adultes.	50	10	60

Ce qui nous donne pour les enfants une mortalité sensiblement égale ; pour les adultes une proportion de 50 à 10 ; c'est-à-dire, en d'autres termes, que la mortalité est réellement répartie chez eux ainsi :

Hommes.	83,3 p. 100
Femmes.	16,7 p. 100
	100

Or nous disions tantôt que les hommes sont au nombre de 81 quand les femmes sont au nombre de 19, et la différence de ces chiffres, que nous venons de trouver (83,3), avec le chiffre de la proportion des sexes, dans la population sédentaire, est assez faible pour que nous puissions la négliger et dire alors que les deux sexes supportent également l'influence climatérique du pays sénégambien.

Si nous comparons la mortalité des divers âges relativement au chiffre de la population, nous trouvons que la mortalité est relativement plus forte chez les enfants qu'à tout autre âge au Sénégal, et qu'elle est doublement plus fréquente, chez les individus de 30 à 40 ans, que chez les sujets de 20 à 30 ans, d'où il suit, comme conséquence, que l'âge de 20 à 30 ans est le plus favorable pour l'habitation de la Sénégambie : résultat parfaitement rationnel, car nous savons que c'est en effet à cet âge que l'homme a la résistance la plus grande aux influences destructives, et le séjour au Sénégal peut être considéré, à juste titre, pour l'Européen, comme une lutte perpétuelle contre la mort.

Thévenot (*loc. cit.*, p. 157) a recherché aussi quelles étaient les proportions de mortalité suivant la provenance des Européens, et il est arrivé aux chiffres suivants :

Européens des pays analogues du midi de la France.	8 p. 100
Européens du nord de la France.	13,33 p. 100

D'où il découle que les hommes nés dans le midi de la France sont moins éprouvés, toutes choses égales d'ailleurs, par le climat : considération importante et qui devrait faire présider aux choix du gouvernement pour le contingent de la garnison et des fonctionnaires.

Après avoir donné, avec tant de détails, les résultats de la statistique, on ne peut s'empêcher de reconnaître, en y réfléchissant un peu, que ces accumulations de chiffres ne nous font pas arriver à une conclusion bien positive, et tous ceux qui connaissent le Sénégal penseront, comme moi, que l'appréciation donnée par le raisonnement de celui qui a habité le pays assez longtemps pour avoir pu se faire une opinion générale, est infiniment plus sérieuse, plus féconde surtout en applications.

Or ce raisonnement nous porte à dire que la Sénégambie, quoique ne pouvant avoir la prétention d'être un pays salubre, ne présente cependant pas un danger immédiat et bien considérable pour l'Européen qui vient y habiter.

Si cet Européen, homme ou femme, habite exclusivement soit Saint-Louis, soit Gorée, sans faire d'imprudence et en observant un peu les lois de l'hygiène, il peut espérer de conserver sa santé pendant quatre, cinq, huit ans même, sans atteinte sérieuse.

S'il peut revenir dans ces points centraux pendant l'hivernage, ou plus exactement de juillet à décembre, il vivra bien portant, ou à peu près, pendant trois à cinq ans dans la Sénégambie, sans courir de danger pour sa vie et même n'ayant besoin d'aller se re-

tremper dans le climat plus clément de la mère-patrie qu'après cette période.

Mais s'il est obligé de remonter les rivières en toutes saisons, de vivre dans les postes secondaires à n'importe quel moment de l'année, il passe bien le premier hivernage, il souffrira notablement pendant le second et il sera assez profondément atteint et débilité pendant le troisième pour que sa vie soit en péril, si, par un prompt départ, il ne va pas puiser de nouvelles forces dans une zone moins torride et moins malsaine.

Je ne parle pas dans cette spécification de ceux qu'une intempérance habituelle met dans de mauvaises conditions. Pour ceux-là, il faut diminuer de beaucoup le temps qu'ils peuvent passer au Sénégal sans être en danger. Mais remarquons que ces exemples d'intempérance sont moins fréquents chez les commerçants que chez les employés de l'État. En effet, plus occupés et plus directement intéressés à employer leur temps au travail, ils sont plus vite arrêtés que les autres, par l'intervention de leur chef direct ou par l'absence des ressources, de sorte que, malgré quelques exceptions frappantes par l'exagération des défauts, on trouve, chez les Européens commerçants, des hommes d'une vie assez sobre, sinon régulière à tous égards.

II. POPULATION MILITAIRE.

Pendant longtemps l'état politique du pays sera tel, que l'élément militaire devra être considérable au Sénégal et, dans le moment actuel, c'est celui qui est assurément le plus nombreux. C'est aussi pour nous le plus intéressant dans le cas où nous sommes placé actuellement, car ayant entrepris d'écrire les maladies des Européens au Sénégal, nous nous trouvons à chaque instant dans notre étude en présence de dix cas de maladie, présentés par les militaires et marins, pour une atteinte morbide développée chez les commerçants européens.

La population militaire européenne du Sénégal se partage en plusieurs groupes, qui sont :

A. les fonctionnaires et leurs familles ;
B. les troupes servant à terre ;
C. les équipages des navires.

Voyons séparément chacun d'eux, car ils présentent des différences tranchées sous bien des rapports.

A. *Fonctionnaires et leurs familles.*

Les divers rouages gouvernementaux de la colonie sont constitués, au Sénégal comme ailleurs, par une série de fonctionnaires appartenant à la classe des officiers et occupant tous les échelons de la hiérarchie, depuis le gouverneur, qui a le bien-être et l'âge ordinaire des officiers généraux, jusqu'à l'écrivain de marine, le sous-lieutenant et l'aide médecin, qui ont les revenus, l'âge de leurs grades similaires en Europe. On peut très-bien ranger ces divers fonctionnaires d'après leur assimilation pour ce qui est des conditions de leur existence, et alors nous avons autant de catégories qu'il y a de classes principales; c'est-à-dire des officiers supérieurs ou chefs de service, des officiers subalternes ou en sous-ordre.

Cette partie de notre travail est extrêmement délicate et difficile à faire, car, comme il s'agit de parler de l'existence de gens qui constituent le monde au milieu duquel nous vivons, on a grand' peine à poursuivre sans accidents son étude à travers les écueils, de ne pas dire ce qui est ou de blesser telle susceptibilité en disant trop clairement ce qui existe.

Cependant, il me semble qu'en faisant cette réserve que notre travail cherche à être absolument et seulement le miroir de la réalité d'une manière générale et que, de près ou de loin, nous n'avons pas pensé un seul instant que le lecteur verrait dans nos catégories un nom propre mis en cause; en rappelant que, dans notre étude, nous n'avons voulu faire que le récit des divers éléments humains, politiques, pathologiques, etc., qui constituent la Sénégambie, faisant de l'histoire et non de la critique, nous pensons pouvoir pousser jusqu'au bout sans encombre.

Pour ce qui est des officiers, les chiffres de Thévenot ne peuvent pas nous servir, parce que les bases sont différentes. Il nous apprend qu'en 1836 il y avait 30 fonctionnaires à Saint-Louis, et qu'en six ans il y a eu 143 malades et 10 morts parmi ces fonctionnaires, ce qui porte à penser, en divisant ce chiffre 30 par 6 pour avoir l'effectif de la période observée, que le 79 p. 100 de l'effectif a été malade et que le 5,5 p. 100 de l'effectif est mort.

Mais il faut observer que, sur les dix morts, il y a eu les trois guetteurs du sémaphore, deux gardes du génie, deux sacristains, un portier, un sergent de ville, un tonnelier; c'est-à-dire qu'il n'a succombé que des employés de grades très-inférieurs et qui ne rentrent pas dans les catégories que nous avons établies; ces employés inférieurs, ayant le bien-être des sous-officiers à peine, se-

raient beaucoup plus comparables aux hommes de la garnison qu'à la classe que nous étudions actuellement.

A. *Fonctionnaires supérieurs.*

On peut dire que les fonctionnaires supérieurs de la colonie, qui sont, sans que nous ayons besoin d'entrer dans de plus minutieuses spécifications, les chefs des divers services, et qui appartiennent tous, en général, à la catégorie des hommes de 38 à 45 ans, à la classe des hommes mûrs, en un mot, sont au Sénégal dans un milieu qui n'est pas trop funeste à leur santé. En effet, appelés par leurs fonctions à séjourner dans les centres principaux : Saint-Louis, Gorée, qui sont infiniment plus sains que les autres postes, ils jouissent d'un bien-être matériel assez complet pour pouvoir lutter contre les causes de débilitation venant de la nourriture; ayant leur intelligence plus directement intéressée au service, à cause de l'initiative qu'ils sont appelés à prendre à chaque instant, ils ne sont en général pas aussi profondément atteints par l'action morbigène du climat, parce que l'ennui et le désœuvrement ont moins de prise sur eux.

Mais, en revanche, le plus souvent ils habitent les colonies intertropicales depuis beaucoup plus de temps que les subordonnés; en outre, étant plus ou moins sur l'âge de retour, ils sont plus exposés que les jeunes gens à ces affections chroniques ou organiques qui usent la vie ; ajoutons que leurs intérêts, plus variés, plus pressants souvent que ceux des jeunes gens, les sollicitent davantage, parfois, soit à recourir au bénéfice des congés de convalescence, soit à se réclamer d'une mauvaise santé pour rentrer dans les cadres métropolitains ; néanmoins, malgré ces causes si diverses et si puissantes, il est constant que les fonctionnaires supérieurs sont moins malades, meurent moins que les autres, toutes choses égales d'ailleurs. L'explication de ce fait est facile à donner, à mon avis ; elle réside dans la vie plus régulière et plus sage que mènent ces individus ; car, dans les trois quarts au moins de ces exceptions fâcheuses où la santé a été sérieusement atteinte, une investigation attentive pourrait trouver, je crois, soit dans une intempérance, soit dans une imprudence habituelle, l'explication de la maladie.

Nous pouvons rapprocher des fonctionnaires supérieurs ceux qui, bien qu'ayant seulement le grade de capitaine, occupent des fonctions de commandant ou de chef de corps. Ce sont des hommes de trente à quarante ans, chargés d'un service important qui leur donne une occupation et une préoccupation bien capables de les rapprocher des bonnes conditions des officiers supérieurs, mais ils

sont, plus souvent que ceux-ci, obligés d'aller dans les postes malsains, et aussi sont encore assez peu éloignés du grade inférieur pour n'avoir pas oublié la gaîté et les écarts de régime de cet âge. Ils constituent, en un mot, la moyenne proportionnelle entre les deux catégories extrêmes d'employés ayant rang d'officiers.

B. *Fonctionnaires du rang d'officiers ayant des fonctions subalternes.*

Ceux-ci, âgés de vingt à trente ans en général, et par exception de trente à quarante ans, sont assurément moins favorisés au Sénégal comme d'ailleurs dans plusieurs colonies ; d'une part, les corvées, l'habitation des postes plus malsains que les points centraux, les exposent davantage aux influences délétères du Sénégal ; mais, d'autre part, c'est surtout à l'impétuosité des passions du jeune âge qu'il faut rattacher bien de leurs accidents. En effet, les jeunes gens sont plus sollicités que les autres à ces parties de plaisir, chasses et excursions qui mettent l'homme en contact plus immédiat et plus prolongé avec le soleil et les émanations maremmatiques ; ils ne calculent pas, avant d'entreprendre une promenade, si la saison est malsaine, si le soleil est ardent ; les uns ne se couvrent pas assez pour les fraîcheurs du matin et du soir ; les autres se découvrent inconsidérément dès qu'ils ont chaud ou quand ils sont en sueur.

Ajoutons à ces causes que trop souvent le désir de chasser, l'envie d'égayer une existence monotone, mille autres prétextes, souvent futiles, sont l'occasion de repas copieux, de libations abondantes, et ces causes, plus encore que le climat, sont pernicieuses pour leur santé. Combien de riches et belles constitutions n'ont pu résister à ces imprudences, et combien de maladies engendrées par les excès n'ont-elles pas été portées au passif du pays ?

Une des grandes causes de maladie dans les colonies, et particulièrement au Sénégal, réside dans les habitudes d'intempérance des individus, trop peu occupés quelquefois, trop ennuyés souvent, d'habiter un pays désagréable et lointain. Nombre de gens cherchent à tromper le temps et les distances et, sous le prétexte d'éviter la nostalgie, ils se laissent aller à de regrettables abus d'estomac qui ruinent leur santé en même temps qu'ils nuisent à la régularité du service.

Ayant habité la Sénégambie pendant assez longtemps, à deux reprises différentes, à l'époque (1852, 1853, 1854) où nous commencions notre carrière dans le modeste grade d'aide-médecin auxiliaire, et, depuis le commencement de l'année 1871, dans

les premiers échelons de la hiérarchie médicale de la colonie; nous sommes en bonnes conditions pour déterminer, à vingt ans de distance, si les jeunes fonctionnaires supportent plus ou moins bien les intempéries du climat, et, chose qui, d'après ce que j'ai laissé pressentir, est en raison étroitement directe, s'ils ont ou non de meilleures habitudes de tempérance et de régularité de vie. Eh! bien, nous avons constaté avec plaisir qu'il y a, sous ces rapports, un bénéfice heureux pour l'époque actuelle. On peut dire même que chaque jour apporte son amélioration de cet état de choses. Le nombre et la régularité des communications avec la France, qui vont gagnant chaque jour, tendent à rapprocher, pour ainsi dire, la colonie de la métropole, ce qui diminue d'autant l'ennui du séjour au Sénégal pour bien des gens.

Nous ne craignons pas d'avancer que si les jeunes fonctionnaires, de toutes catégories et de tous les corps, continuent à s'inspirer davantage du soin de travailler et de s'instruire, comme ils le font depuis quelques très-courtes années, on verra bientôt, non-seulement le niveau intellectuel des diverses corporations, qui est à présent à une très-honorable hauteur déjà, s'élever très-heureusement, mais encore on verra, chose qui peut paraître extraordinaire de prime abord, les pays sénégambiens perdre d'autant la triste réputation de tombeau des employés de l'Etat qu'ils ont acquise depuis un temps immémorial.

Quoi qu'il en soit, j'accorde volontiers aux jeunes fonctionnaires du moment présent qu'ils ont plus de régularité de vie que leurs devanciers, en même temps qu'ils ont plus d'instruction et, quoique l'état actuel soit bien loin encore, hélas! de ce qu'il devrait être, si chacun était jaloux d'avoir la valeur personnelle sérieuse et une instruction professionnelle ou classique de premier ordre, applaudissons à la disparition presque complète de ce qu'on appelait : *les vieux coloniaux* qui, se condamnant à rester perpétuellement dans les grades inférieurs par le fait de leur paresse ou de leur intempérance, donnant le triste spectacle d'intelligences restées incultes et souvent alourdies par le peu de culture primitive ou d'entretien, en même temps qu'ils nous montraient une constitution usée prématurément par les fâcheuses habitudes, plus peut-être que par le climat pernicieux qu'ils habitaient depuis longtemps.

B. *Troupes séjournant à terre ou garnison proprement dite.*

La garnison du Sénégal est formée de soldats d'infanterie de marine, de spahis, de canonniers, de tirailleurs sénégalais et de disciplinaires. Ajoutons à ces diverses professions quelques gendarmes,

quelques douaniers, quelques autres employés subalternes, et nous aurons la gamme entière du personnel européen inférieur que le gouvernement entretient en Sénégambie.

Nous avons besoin de dire un mot de chacune de ces catégories séparément, pour mieux faire ressortir les particularités qui les caractérisent.

Rappelons d'abord que nous avons donné un tableau qui nous donnera les diverses proportions de maladie et de mortalité pour une période de 20 ans (1852-1873 inclus) (n° 2).

Infanterie.

C'est l'infanterie de marine qui fournit la garnison militaire du Sénégal; elle est représentée par six cents soldats environ, partagés en six compagnies dont quatre tiennent garnison à Saint-Louis et deux à Gorée, fournissant, au fur et à mesure des besoins, les soldats nécessaires à la garde des divers postes secondaires du fleuve et du bas de la côte.

On sait que, dans les temps antérieurs à nous et jusqu'à 1835 et 1840, la garnison des colonies était fournie indirectement par les divers régiments de l'armée française : disposition fâcheuse à plus d'un titre ; car le soldat colonial est un type, fait un métier aussi différent, en un mot, du métier du soldat de ligne, que le cavalier ou le canonnier sont différents des autres armes.

Ayant reconnu l'indispensable nécessité d'avoir des corps de troupe spéciaux pour le service colonial, l'infanterie de marine a été constituée. C'est une création excellente à mon avis, mais qui serait infiniment plus utile encore si un choix plus sévère était fait au point de vue de la santé lors du recrutement, et surtout si on prenait un soin extrême à ne désigner, dans les dépôts, que des hommes assez bien portants et assez forts pour résister convenablement aux influences fâcheuses du climat pendant le temps de leur séjour colonial.

Nous trouvons dans la statistique de ce présent volume une série de tableaux très-intéressants, dans le cas où nous sommes placés actuellement, pour apprécier les chances de maladie et de mortalité de l'infanterie au Sénégal, et nous renvoyons aux n°s 59, 60, 63, 64, 65, 67, 77, pour les renseignements dont on peut avoir besoin.

Le dernier tableau, n° 77, que nous avons donné, touchant les proportions de malades et de morts suivant les divers corps de la colonie, nous montre que, dans l'infanterie de marine, 100 hommes fournissent par an 176 cas de maladie, sur lesquels 13 sont obligés

de rentrer en convalescence en Europe, et 7,6 succombent au Sénégal.

Les chiffres du tableau précédent portent, comme nous l'avons dit, sur une période de vingt ans et sur un effectif de 13,113 hommes. Ils ont donc une grande somme de probabilité, j'espère. J'ai cependant pensé qu'il serait bon d'avoir les mêmes calculs faits pour des chiffres plus restreints, mais sur lesquels on pût fixer d'une manière plus précise. Je dois à mon excellent ami le capitaine Richard, de l'infanterie de marine, qui a commandé la 31e compagnie du 1er régiment, de 1870 à 1874, de pouvoir les fournir ici.

Le capitaine Richard, dont je n'ose faire l'éloge pour ne pas blesser sa modestie extrême, mais qui, cependant, est un des meilleurs officiers de l'infanterie de marine, est arrivé au Sénégal avec la 31e compagnie, composée en tout de 129 hommes, le 15 février 1870, et en est reparti le 1er mai 1873, ayant perdu 19 hommes de maladie et ayant renvoyé en convalescence 24 hommes. Il est à noter qu'une certaine quantité d'hommes est rentrée au service avant l'expiration du temps colonial, de sorte qu'il faut présenter les chiffres d'une certaine manière pour les faire plus facilement apprécier. Les voici groupés dans ce sens :

1re année,	152 p. 100 malades,	5 p. 100 convalescents,	0 p. 100 morts.
2e année,	167 p. 100 »	10 p. 100 »	9 p. 100 »
3e année,	176 p. 100 »	16 p. 100 »	2 p. 100 »
Moyenne	165 p. 100 »	8,8 p. 100 »	6 p. 100 »

Certes, on voit qu'il y a une grande similitude de prime-abord entre les deux résultats, bien que les sources fussent très-différentes, et c'est une raison qui milite en faveur de la créance qu'on peut accorder à la première, puisque nous sommes certains de l'exactitude de la seconde.

La 31e compagnie a fourni cependant un chiffre inférieur à la moyenne, mais remarquons d'abord que, pendant son séjour au Sénégal, il n'y a pas eu d'épidémie ; d'autre part ajoutons que, forte de 129 hommes en arrivant, elle a renvoyé en Europe, par le fait des exigences du service, 11 hommes la première année, 22 hommes la seconde, 3 hommes la troisième. Ce qui a fait que la seconde et la troisième ont été moins chargées puisque les maladies, les convalescents et les morts semblent être en rapport direct avec le temps de présence dans la colonie.

Si nous n'étions pas obligé de nous restreindre considérablement, pour ne pas donner une longueur trop grande à notre étude, nous

aurions de longues pages à écrire pour passer successivement en revue toutes les maladies du tableau précité en ce qui regarde l'infanterie de marine. Ayant fourni les éléments d'appréciation au lecteur, nous aurons mis sous sa main, ce qu'il faut pour qu'il se fasse facilement une opinion sur cette particularité de la question. D'ailleurs, après avoir parlé successivement de tous les corps, nous reviendrons sur le n° 77 pour en dire encore un mot d'une manière synthétique.

Artillerie.

On sait qu'il existe un corps d'artilleurs de la marine destiné à faire en Europe la manipulation des poudres et projectiles, et à assurer le service des batteries des ports et des colonies. Ces artilleurs fournissent au Sénégal une garnison de 200 hommes environ, répartis entre Saint-Louis, 120 hommes, et Gorée, 80 hommes.

Les garnisons d'infanterie de marine de Gorée et de Saint-Louis, celles d'artillerie fournissent les canonniers nécessaires aux divers postes du fleuve et de la côte. Mais remarquons que l'artillerie étant partagée en deux catégories : canonniers, qui assurent le service des batteries, et ouvriers d'État, qui restent aux ateliers centraux, il s'en suit qu'une partie des artilleurs, et c'est la plus grande, ne va pas habiter pendant un certain temps, les points malsains de la colonie.

Là n'est pas seulement la différence qui existe entre les artilleurs et les soldats d'infanterie de marine ; en effet, d'une part la loi exigeant pour le canonnier une taille et une force plus élevées, il y a moins de constitutions débiles parmi eux ; d'autre part, les ouvriers d'État, mieux payés et possédant une profession qui leur permet souvent de gagner quelque argent en dehors de leur solde régulière, peuvent se donner des jouissances matérielles de nourriture qui servent à l'amélioration que leur ordinaire éprouve déjà par le fait de leur séjour à poste fixe, dans un seul endroit, pendant toute la durée de leur service colonial.

Ces conditions font que ces hommes sont dans d'infiniment meilleures conditions hygiéniques ; ajoutons encore, pour Gorée en particulier, que la caserne de l'artillerie est incomparablement mieux disposée pour la santé et le bien-être des hommes.

Comme je le disais tantôt, les chiffres afférents aux artilleurs, pour les maladies, les convalescences et les morts sont très-extraordinaires, et nous aurions besoin d'entrer dans de longs détails pour faire apprécier toute leur signification, ce que nous ne pouvons faire ici. Disons, d'une manière sommaire, que la plus forte

complexion et la constitution plus athlétique des artilleurs semblent être une mauvaise condition pour l'habitation dans les pays chauds, et nous sommes ainsi ramenés à cette idée, si souvent formulée : que dans les pays tropicaux les hommes les plus vigoureux sont ceux qui subissent plus durement les épreuves de l'acclimatation.

Mais cette forte constitution ne rend pas à elle seule compte des grandes différences qu'il y a entre les chiffres de l'infanterie et ceux de l'artillerie. Il faut faire intervenir un autre facteur, et c'est, je crois, le facteur fourni par les boissons alcooliques. Occupés à des travaux de plus grande force, exposés davantage au soleil, les artilleurs et surtout les ouvriers d'artillerie sont sollicités davantage à boire et, comme par ailleurs leur paye plus élevée leur permet de satisfaire plus facilement leurs désirs, ils arrivent trop souvent à avoir des habitudes d'intempérance qui viennent à bout de leur vigueur et de leur santé.

Il m'en coûte assurément de présenter cette opinion, et j'ai besoin de dire qu'il y a de nombreuses et très-honorables exceptions, pour ce qui est de cette intempérance ; d'ailleurs je répète que dans une étude générale il ne peut venir à personne l'idée de faire des spécifications particulières qui pourraient être blessantes, et aussi remarquons que je présente des chiffres qui portent sur une période de 20 ans. Ajoutons que j'admets très-volontiers que l'intempérance était plus forte au début, ce qui a élevé le chiffre de la moyenne.

Je ne doute pas que, si nous faisions le relevé des dernières années seulement, nous trouverions des proportions plus favorables ; mais cependant, conservons celles que nous avons données, et ajoutons que leur exagération même aura peut-être une heureuse influence, frappant l'esprit d'une manière plus vive et faisant ainsi plus facilement comprendre aux intéressés tout ce que l'intempérance a de fâcheux pour la santé dans les pays comme le Sénégal, où la vie est une lutte perpétuelle contre le climat malsain.

Disciplinaires.

Depuis l'année 1862, on a envoyé à Dakar des compagnies disciplinaires, dites coloniales, destinées à fournir aux travaux pénibles que la garnison aurait trop de peine à accomplir. La composition de ces compagnies disciplinaires mérite de nous arrêter un instant. On sait que dans les régiments de l'armée française les hommes qui se conduisent mal habituellement, qui sont trop souvent punis ou qui commettent quelque faute contre la discipline ou contre la propriété, sont envoyés dans des compagnies dites de discipline,

habitant l'Algérie, où on les tient sous un régime plus sévère jusqu'à l'expiration de leur congé.

Ces malheureux, déviés du droit chemin, s'obstinent trop souvent dans leurs habitudes de rebellion à la règle militaire, et trop souvent mettent un orgueil aussi fou que ridicule, non-seulement à ne pas se corriger, mais encore à lutter contre les obligations plus dures de leur nouveau service; aussi chaque année est-on obligé d'écrémer des compagnies disciplinaires de l'Algérie les sujets qui se sont fait distinguer par leur inconduite, et c'est ainsi que les compagnies disciplinaires coloniales se recrutent : triste source où l'on voit ainsi, à part quelques exceptions très-rares, de pauvres diables entraînés par la fatalité ou la faiblesse de caractère, les disciplinaires des colonies sont des malheureux en révolte établie contre la société et ne subissant les obligations de la loi que sous la pression de la force, ne calculant même pas toujours la portée de leur résistance et obligeant ainsi trop souvent leurs chefs à une répression excessivement énergique.

Il y a trois compagnies disciplinaires au Sénégal; la première est à Saint-Louis, les deux dernières sont casernées à Dakar, d'où elles envoient un contingent à Gorée et divers contingents dans les postes des environs.

A Dakar, Gorée et Saint-Louis, les hommes des compagnies disciplinaires sont chargés des travaux pénibles et souvent exposés à l'ardeur du soleil, ainsi qu'aux émanations telluriques ou paludéennes. Dans les postes, ils subissent l'influence fâcheuse de cette impaludation comme les autres, et si nous ajoutons à cela qu'ils arrivent aux colonies déjà très-débilités par les punitions, la prison et le séjour en Algérie, et enfin que sous le ciel torride du Sénégal, ils s'adonnent sans réserve à l'excès de l'eau-de-vie de traite : atroce et corrosive liqueur, capable de faire à elle seule plus de mal que le soleil et les marais réunis ; nous voyons que les malheureux disciplinaires sont une proie pour la maladie, qui a quelquefois plus ou moins de difficultés à venir à bout de leur vigoureuse constitution, mais qui trop souvent les atteint, les terrasse et détruit les ressorts de leur vie dans leur essence même.

La statistique médicale à laquelle nous avons eu recours pour l'infanterie et l'artillerie nous donne pour les disciplinaires les chiffres suivants : 258, 68 p. 100 à Saint-Louis ; 100, 20 p. 100 à Gorée; mais si nous ne donnions quelques explications l'écart de ces chiffres paraîtrait bien extraordinaire.

Aussi, hâtons-nous de dire qu'à Saint-Louis les disciplinaires habitant à proximité de l'hôpital, et n'ayant dans leur casernement

qu'une très-insuffisante infirmerie, sont dirigés sur l'hôpital pour la moindre indisposition, tandis qu'à Dakar, une infirmerie régimentaire plus complète étant organisée, dirigée par un médecin de 1re classe, on peut n'envoyer à l'hôpital qu'un nombre plus restreint d'individus, de sorte qu'au lieu de cet écart de plus du double, c'est à peine un écart de moitié qu'il faut admettre pour être dans l'appréciation exacte des faits.

Néanmoins on conviendra que, relativement aux autres corps de Saint-Louis, le chiffre de 68 p. 100 est excessif, et nous devons nous demander à quelle raison il faut attribuer une aussi grande proportion. Eh bien ! je ne crains pas de la mettre, pour une grande part, sur le compte des mauvaises conditions de la caserne des disciplinaires, qui laisse infiniment à désirer et qui les expose d'autant plus aux chances de maladies que leur constitution est déjà plus détériorée, par le séjour dans des pays malsains et l'habitude de l'inconduite et des punitions.

Tirailleurs sénégalais.

Pendant la période d'expéditions multipliées, qui a duré de 1854 à 1864, on a créé un corps de tirailleurs sénégalais assez analogue à celui des turcos, et dans lequel les cadres et quelques hommes d'élite sont Européens, tandis que le fond est rempli par des noirs du pays. Cette idée d'avoir ainsi des troupes indigènes est excellente et, bien que les noirs ne puissent avoir jamais les qualités de discipline et d'instruction militaire des troupes blanches, il ne faut pas moins applaudir à la création de cette armée locale ; car, pendant l'hivernage et dans certains postes très-malsains, on peut soulager avec elle des troupes blanches qui ont tant besoin d'être ménagées dans les climats torrides dont nous nous occupons.

Pour les tirailleurs, il est inutile de rechercher les données statistiques, car les blancs, en tout comparables à l'infanterie de marine, qui les fournit, sont dans les mêmes conditions de santé que ce corps. Quant aux noirs, ils n'entrent à l'hôpital que quand ils sont atteints de maladies sérieuses, car, pour leurs indispositions, ils ont l'autorisation de se faire soigner chez eux, où les pratiques superstitieuses de l'islamisme leur offrent des moyens thérapeutiques sinon très-efficaces, au moins aveuglément acceptés par les intéressés.

Spahis.

Il y a au Sénégal un escadron de spahis comprenant environ 80 blancs et 40 noirs : troupe très-analogue à l'arme des spahis

d'Algérie, qui en fournit les cadres et les cavaliers Européens ; troupe extrêmement utile dans toutes les expéditions qui ont été faites dans le grand triangle sénégambien. Mieux payés que les soldats de la ligne, ils sont mieux garantis contre la puissance débilitante du climat par une nourriture réparatrice qui atténue très-notablement les effets qu'une certaine intempérance pourrait avoir sur eux. Aussi les voyons-nous fournir 134 p. 100 d'entrées à l'hôpital, chiffre plus élevé que celui de l'infanterie, mais moins considérable que celui de l'artillerie.

L'examen des habitudes de ces cavaliers, comparées à l'artillerie, nous montre que la nourriture recherchée et savoureuse est une puissante égide contre la débilitation : les deux catégories de militaires absorbent très-semblablement la même quantité de boissons, mais, tandis que le spahis se nourrit avec une recherche qui a de la réputation au Sénégal, l'artillerie a un ordinaire moins soigné, moins appétissant, et subit l'influence toxique de l'alcool d'une manière plus fâcheuse.

Gendarmes.

La gendarmerie maritime fournit au Sénégal une vingtaine de gendarmes pour assurer le service intérieur de l'ordre et de la paix publique : soldats d'élite par excellence, ces hommes, qui sont des militaires rompus à l'esprit d'ordre et de discipline, donnent au Sénégal un exemple qui ne devrait pas rester stérile ; en effet, ils résistent, d'une manière très-remarquable, à l'influence débilitante du climat pendant beaucoup plus de temps que les autres troupes ; et après une période de séjour souvent double de celle que l'on fait faire à l'infanterie, ils rentrent en parfaite santé ou quittent même la colonie pour aller, sans transition, continuer à servir dans d'autres pays tropicaux.

Douaniers.

Les douaniers sont aussi en petit nombre dans la colonie sénégalaise; ils sont une vingtaine au plus. Plus exposés que les gendarmes à l'action délétère du climat, puisqu'ils sont répartis dans les divers postes de la côte du fleuve, tandis que la gendarmerie maritime n'a des sujets que dans les points centraux, ils résistent un peu moins bien et un peu moins longtemps ; mais cependant, habitués à l'ordre, à l'économie, à la tempérance, il n'est pas rare de les voir supporter très-convenablement l'influence du pays et rentrer en France, après un long séjour, sans présenter la débilitation que l'on constate trop souvent chez les troupes ordinaires qui reviennent de la Sénégambie.

Maintenant que nous avons énuméré séparément tous les éléments divers qui constituent la garnison sénégalaise, et que, chemin faisant, nous avons donné les traits caractéristiques, quoique sommaires, de chaque genre de troupe, reprenons leur étude d'une manière synthétique, afin d'arriver à les faire connaître complétement.

Pour ceux qui aiment les groupements par affinité de professions, d'habitudes, d'énergie, de maladies, etc., etc., nous dirons que les divers corps de la garnison de la Sénégambie se partagent en trois catégories bien distinctes :

A. l'infanterie, les tirailleurs, les disciplinaires;
B. les spahis, les artilleurs ;
C. les gendarmes, les douaniers.

Chacun de ces groupes a des aptitudes différentes et aussi une résistance au climat, une tendance à certaines maladies bien spéciales et qu'on ne saurait pas méconnaître.

Ainsi le premier groupe, comprenant des hommes de plus petite taille, de moindre force, de complexion moins robuste, assez souvent d'âge moins avancé, dans tous les cas moins riches en argent de poche et, disons-le aussi, très-intempérants en même temps que plus fréquemment exposés à l'influence délétère du climat, par leur service dans les postes ou leur travail en plein soleil : ce groupe est celui qui présente la moindre résistance à l'empoisonnement tropical ; aussi c'est lui qui, toutes choses égales d'ailleurs, fournit le plus de malades et le plus de morts.

Le second groupe, formé par l'artillerie et la cavalerie, comprend des hommes plus vigoureux, souvent plus énergiques, moins accessibles à l'ennui, parce qu'ils sont moins désœuvrés et que le travail professionnel les occupe aussi d'une manière très-heureuse ; aussi sont-ils dans de meilleures conditions que les précédents. Mais l'élévation de leur paie nuit souvent à leur santé en favorisant leur passion alcoolique, et souvent on a le regret de constater que, malgré la force énorme de résistance que leur bonne constitution leur donnait, ils sont parvenus, à force d'excès et de déréglements, à se ruiner la santé et même à se tuer.

Le troisième groupe, moins nombreux de beaucoup que les deux autres, est constitué par les gendarmes et les douaniers. Hommes d'élite, avons-nous dit, plus occupés, plus âgés, plus raisonnables, plus économes de leur temps, de leur argent et de leur santé, ils sont incomparablement moins atteints par la maladie, et, je le répète, donnent la preuve la plus péremptoire qu'avec une bonne con-

duite l'Européen peut vivre assez longtemps sans courir aucun danger sérieux dans les pays sénégambiens.

Les maladies de la garnison sénégambienne, et on pourrait ajouter celles de toute la population européenne, sont très-peu variées; en effet, la fièvre, la dysentérie, l'hépatite en font les frais, pour ainsi dire, d'une manière exclusive.

Il n'y a guère que la différence de plus ou moins, suivant la profession et le temps de séjour dans la colonie et, si l'on nous permet d'employer un exemple pour faire comprendre notre pensée, nous dirons : que l'on peut comparer la santé parfaite comme 10 et la mort comme 0, les divers chiffres, de 9 à 1, représentant les degrés de débilitation.

Eh bien! le gendarme, le douanier, l'artilleur, arrivent au Sénégal avec l'exposant de santé 10. Le spahis, par ses habitudes un peu plus intempérantes, et le soldat d'infanterie de marine ou le tirailleur, par leur faiblesse, ont l'exposant 9. Le disciplinaire, par ses excès et son passé, a l'exposant 7.

Or, si nous examinons ces hommes après un hivernage passé dans la colonie, nous trouvons que le gendarme et le douanier ont conservé leur chiffre ou peuvent au moins compter l'exposant 9, perdant une unité ou deux par an; mais l'artilleur, moins sobre, a déjà perdu deux, n'a plus que l'exposant 8; le spahis, par sa force de résistance puisée dans une bonne alimentation, n'a perdu que 1, aussi a-t-il conservé 8. De son côté le soldat d'infanterie a déjà perdu 4 et n'est plus représenté que par l'exposant 5; tandis que le disciplinaire, ayant perdu la même quantité, n'a à son tour que l'exposant 4.

Si nous examinons la garnison après le deuxième ou troisième hivernage, les gendarmes, les douaniers sont encore très-solides. L'artilleur et le spahis, qui n'ont plus que 6, commencent à être débiles; mais le soldat d'infanterie et le disciplinaire, qui n'ont plus que 3 ou même 2 à peine, sont, on le comprend, dans un état très-précaire de santé, et courent réellement des dangers par la continuation de leur séjour dans la colonie.

On comprend, j'espère, que le raisonnement que je viens de présenter est un artifice pour faire saisir la marche générale de la santé dans les troupes de la Sénégambie, et que c'est l'expression générale, la moyenne, si l'on veut. Il y a des exceptions en plus ou en moins qui ne sauraient être objectées à cette règle générale, et c'est à tort qu'on s'appuierait sur elles pour contredire ce que j'avance.

Thévenot s'est occupé, avec l'autorité de sa grande expérience, de la question que nous étudions actuellement; il nous apprend que

de son temps, on pouvait compter que chaque homme de la garnison fournissait deux entrées et demie à l'hôpital par an, chiffre considérable et que j'ai voulu vérifier pour savoir s'il y a eu ou non amélioration, dans le moment présent, sur ce qui se passait en 1837, et j'ai donné précédemment un tableau qui indiquait la mesure des maladies de la garnison, non-seulement à Saint-Louis et à Gorée, mais encore dans les divers postes de la colonie.

C. *Equipages des navires.*

Les équipages des navires doivent être subdivisés en deux fractions parfaitement distinctes.

A. Navires de l'Etat;

B. Navires du commerce.

Car ils ont une manière de vivre, des obligations de service bien différentes et, par conséquent, doivent présenter à l'observation des dissemblances tranchées.

A. *Navires de l'Etat.*— Les navires de l'Etat chargés du service de la colonie se partagent en deux catégories : 1° ceux qui sont affectés au service local et qui remontent les rivières, plus ou moins haut et plus ou moins souvent; 2° ceux qui sont destinés à rester dans les eaux marines. Il y a aussi entre eux une différence de tonnage, c'est-à-dire une différence dans les conditions hygiéniques qu'on ne saurait méconnaître. Mais comme ces navires, grands et petits, sont placés sous une même direction et une même autorité, qui comble suivant les besoins et les lacunes de l'un avec les réserves de l'autre, il s'en suit qu'il s'établit un certain *consensus* entre les conditions de l'existence des marins de l'Etat au Sénégal, et qu'au point de vue de la santé surtout il y a fort peu de différences.

Les navires, destinés exclusivement à la mer, font le service de surveillance des côtes et du transport de matériel d'un point à un autre. Les navires qui peuvent remonter les rivières assurent un service régulier de communication entre les divers postes du fleuve Sénégal. Nous n'avons pas besoin de nous étendre plus longuement sur le compte de leurs équipages, renvoyant au *Traité d'hygiène navale*, du professeur Fonssagrives, pour une appréciation plus approfondie et détaillée des conditions dans lesquelles ils se trouvent. Dans un travail comme celui-ci, il nous suffisait de donner une indication très-sommaire des affections de la marine de l'Etat au Sénégal.

Si nous jetons un coup d'œil sur l'état des maladies, réparties par corps de troupes, que nous avons consulté précédemment pour les

autres corps, nous voyons que la marine de l'Etat au Sénégal présente 250,8 p. 100 d'entrées à l'hôpital par un chiffre extrêmement élevé et qui rend très-bien compte du pénible service qu'elle fait. Les maladies endémiques entrent pour 190,55 p. 100, parmi elles la fièvre entre pour 145 p. 100, la dysentérie 27,03, l'hépatite 4,02. Les maladies sporadiques sont de 25,25 p. 100, les maladies chirurgicales 13,73, enfin les maladies vénériennes 11,43.

Tous ces chiffres montrent, avons-nous dit, d'une manière surabondante que la marine fait un service très-pénible au Sénégal et que la mesure qui a réduit la durée de présence dans la colonie à dix-huit mois est une mesure parfaitement sage. Si cette durée était réduite à un an, je crois que les chiffres des maladies baisseraient d'une manière très-heureuse proportionnellement.

Navires du commerce. — Les navires du commerce viennent d'Europe au Sénégal apportant divers objets de trafic et retournent en France chargés des produits du pays. Ces navires arrivent à toute époque de l'année, mais cependant c'est pendant la saison fraîche, de novembre à juin, qu'ils sont dans les parages sénégambiens, parce que c'est à ce moment que les produits sont achetés et expédiés de préférence. Leur voyage dure trois à quatre mois en moyenne et se fait dans la bonne saison surtout, de sorte que les équipages de ces navires sont dans de meilleures conditions que ceux des bâtiments de l'Etat.

Mais comme, d'une part, la discipline moins sévère d'un bâtiment de commerce a pour résultat de permettre à l'homme de moins se soigner et de transgresser plus largement les lois de l'hygiène; comme, d'autre part, les obligations du trafic les obligent à un travail au soleil sur des côtes ou dans des rivières malsaines, il s'ensuit que leur santé est plus souvent atteinte, de sorte que, malgré leur séjour moindre, ils sont aussi malades que leurs camarades des navires de guerre qui séjournent plus longtemps dans la colonie.

Thévenot a pris des renseignements précis sur la provenance des navires marchands du commerce sénégalais pendant un certain nombre d'années, et voici les résultats auxquels il est arrivé :

Marseille, 41,0 p. 100; Bordeaux, 30,4 p. 100; Nantes, 16,5 p. 100; Lorient, 0,4 p. 100; Rouen, le Havre, 7,2 p. 100; Calais, 4,5 p. 100.

Il résulte de ce document que le fond de la population maritime commerciale était formée à cette époque de Marseillais, et que Marseille et Bordeaux fournissaient à eux seuls le 71 p. 100 des matelots de commerce de la Sénégambie.

J'ai fait des recherches pour savoir si le courant commercial

s'était déplacé depuis l'époque de Thévenot. J'ai trouvé que Bordeaux égalait Marseille aujourd'hui au détriment de Nantes.

Les navires marchands donnent très-peu de malades pendant la saison sèche, et Thévenot a trouvé que, sur 1,774 matelots venus au Sénégal en six ans, il n'y a eu que 335 entrées à l'hôpital; ce qui fait le 18,8 p. 100, et il est mort 11 hommes, ce qui fait le 0,6 p. 100 des arrivants et le 3,27 p. 100 des malades.

Le Dr Dupuy, qui exerçait à Gorée, a donné pour la même période la proportion de 7,09 des morts pour 100 entrants de la marine marchande, et nous voyons que la mortalité y est plus élevée; mais Thévenot fait remarquer avec grande raison (p. 166) que ce résultat est sujet à discussion; en effet, dit-il : 1° sur les 141 malades de Gorée, on trouve 25 matelots français provenant des navires naufragés et 8 provenant de navires capturés, total 33, qui se trouvaient dans des circonstances graves susceptibles d'influer sur leurs forces morales et physiques; 2° on trouve également 14 matelots étrangers, 4 Anglais, 1 Anglo-Américain et 9 Espagnols des Canaries. Sur les 33 Français, 2 sont morts, l'un avait trois jours d'hôpital, l'autre était entré seulement depuis quelques heures. Sur les 14 étrangers, 4 sont morts, savoir : 1 Anglais sur 5 et 3 Espagnols sur 9, tous après un séjour de vingt-quatre à soixante-douze heures à l'hôpital. Total, 47 malades exceptionnels et 6 morts, ou 1 mort sur 8.

Les 94 marins français, placés dans les circonstances ordinaires, ont donné 4 morts ou 1 sur 23,500. Total général, 141 malades, 10 morts ou 1 sur 14. C'est ainsi que l'analyse des faits découvre la raison de différences énormes et de contradictions qu'on ne saurait expliquer sans elle.

On ne peut comparer des marins du commerce, récemment venus de France à Saint-Louis, bien portants antérieurement, d'un moral tranquille, avec des hommes naufragés sur une plage étrangère et accablés de peines physiques et morales. La différence sous le rapport des mortalités est bien grande, puisque les uns n'en donnent que 1 sur 30 malades, tandis que les autres en ont 1 sur 16 (abstraction faite des étrangers).

Mais en comparant des termes semblables, nous trouvons encore une différence qui est en faveur de Saint-Louis, une mortalité de 1/23e au lieu de 1/30e. Pourquoi? C'est que la très-grande majorité des malades de Gorée viennent à Saint-Louis, où ils ont déjà été soumis à l'influence des marais. Leurs maladies sont donc généralement des rechutes qui, pour cela même, les rendent plus graves. Pour les autres, remarquons que la mort est survenue quatre fois

dans les soixante-douze heures qui ont suivi l'entrée à l'hôpital et deux fois quelques heures après l'admission. Nous devons nécessairement conclure que ces hommes avaient des maladies extrêmement aiguës : en effet, c'étaient des fièvres pernicieuses ou des fièvres rémittentes du plus mauvais caractère (Thévenot, p. 166).

J'ai fait à mon tour quelques recherches sur ce sujet et je renvoie à la statistique pour les chiffres exacts. Il suffit de dire ici que les malades provenant de navires marchands sont plus souvent atteints que les autres de maladies syphilitiques ou chirurgicales : à Gorée, ils entrent pour les 50 p. 100 des vénériens traités à l'hôpital. Les navires qui ont éprouvé des avaries, qui ont été condamnés, qui se sont perdus sur la côte occidentale d'Afrique, sont surtout les sources de ces entrées et fournissent des hommes assez débilités en général, et, si on écartait cette catégorie d'entrants à l'hôpital, on trouverait que les navires du commerce fournissent un chiffre très-faible de malades.

Les maladies endémiques, qui atteignent les marins du commerce, sont presque exclusivement la fièvre paludéenne, à ses divers degrés de gravité. La diarrhée, la dysentérie, l'hépatite, sont beaucoup plus rares chez eux que chez les militaires de la garnison et les matelots du service local; résultat facile à prévoir quand on saura qu'en Sénégambie, la fièvre paludéenne est très-généralement la maladie initiale; toutes les autres affections ne sont que son cortége ultérieur, et alors il est naturel que des hommes qui, comme les matelots du commerce, ne font que passer dans la colonie, ne présentent que la maladie initiale, l'accès paludéen proprement dit.

Notons aussi que le caractère des maladies de ces matelots est d'être plus aiguës et plus franches que celles des soldats, et, bien que très-graves, elles le sont moins que les autres, parce que l'organisme a plus de réaction et que le retour en Europe est plus facile (Thévenot, p. 163) : observation pleine de justesse et qui nous a maintes fois frappé.

Quant à la mortalité de la marine marchande, elle est en rapport avec la loi de mortalité des Européens sédentaires au Sénégal, plutôt qu'avec celle de la garnison, et cette loi semble favoriser davantage les hommes du Midi : en effet, Thévenot a tracé les chiffres suivants :

Marseille, 0,10 p. 100; Bordeaux, 0,30 p. 100; Nantes, 0,90 p. 100; le Havre, 2,10 p. 100.

Les chiffres du Havre et de Nantes sont différents dans les résul-

tats que j'ai obtenus, mais remarquons que ces pays ont fourni trop peu de navires pendant ces dernières années, pour que nous puissions tirer des déductions assurées de leurs indications, et si nous envisageons la question sous un autre point de vue, nous dirons que les matelots de Marseille sont relativement à ceux de Bordeaux et ceux-ci relativement à ceux de Bretagne et de Normandie comme 1 : 2 : 3.

COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE.

Après avoir passé en revue les éléments de la population européenne de la Sénégambie, nous devons terminer ce qui a trait à sa résistance et à ses prédispositions aux maladies du pays, par quelques indications synthétiques s'appliquant aux diverses catégories d'individus, originaires de la zone tempérée, appelés à vivre dans le pays qui nous occupe.

SALUBRITÉ COMPARATIVE DES ANNÉES.

Depuis longtemps, on a reconnu qu'il y a des années plus saines que les autres dans les colonies, comme en Europe, et la chose tombe si facilement sous le sens qu'il suffit de l'avancer pour qu'elle soit acceptée sans discussion.

Thévenot a eu l'idée d'étudier cette question dans son excellent livre sur le Sénégal, et il a trouvé que, de 1826 à 1837 inclus, la mortalité avait été de 5,2 p. 100, relativement aux maladies, en ne comptant pas l'année de 1830, où il y avait eu une épidémie de fièvre jaune et de 6,3 p. 100, si on comptait cette année.

Chaque année variait de la manière suivante, au point de vue de cette léthalité : 1826, 7,1 p. 100; 1827, 7,1 p. 100; 1828, 7,6 p. 100; 1829, 10 p. 100; 1830, 25 p. 100; 1831, 8,3 p. 100; 1832, 7,1 p. 100; 1833, 4,1 p. 100; 1834, 4,7 p. 100; 1835, 6,6 p. 100; 1836, 3 p. 100; 1837, 7,1 p. 100.

J'ai voulu faire le même travail pour les années qui nous touchent afin de voir si les oscillations étaient analogues, d'une part, et, si, d'autre part, la léthalité des maladies avait ou non augmenté. Voici les chiffres que j'ai obtenus pour l'hôpital de Gorée : 1854, 3,9 p. 100; 1855, 4,5 p. 100; 1856, 4,7 p. 100; 1857, 3,6 p. 100; 1858, 7 p. 100; 1859, 11,3 p. 100; 1860, 4,3 p. 100; 1861, 2,6 p. 100; 1862, 4,8 p. 100; 1863, 4,1 p. 100; 1864, 4,8 p. 100; 1865, 4,3 p. 100; 1866, 11,1 p. 100; 1867, 8 p. 100; 1868, 3,1 p. 100; 1869, 4,1 p. 100; 1870, 2,6 p. 100; 1871, 4,5 p. 100.

Soit, comme moyenne des dix-huit années : 4,8 p. 100, en ne

comptant pas les années 1859, 1866, 1867, où il y a eu la fièvre jaune, et 5,1 p. 100 en les comptant.

Il y a, dans le rapprochement des chiffres de Thévenot et des miens, matière à quelques réflexions touchant la léthalité comparative des maladies en 1820, 1840 et de nos jours.

Mais nous n'avons pas à nous en occuper actuellement, nous y reviendrons tantôt. Epuisons dans ce moment la question de la plus ou moins grande abondance, de la plus ou moins grande sévérité des maladies, pendant telle ou telle année voisine de l'autre. C'est pour cette détermination que le livre du Dr Borius, sur le climat du Sénégal, présente un intérêt très-grand, car la résistance des Européens, pouvant, à peu de chose près, être considérée comme étant toujours la même, c'est aux fluctuations de la météorologie qu'il faut rapporter l'influence la plus puissante sur les oscillations du chiffre et de la gravité des maladies. Pour avoir une idée arrêtée sur ces oscillations et aussi sur l'influence de telle ou telle condition de la météorologie, il ne faut pas prendre le chiffre total des malades et des morts des diverses années, car les maladies épidémiques, d'une part, les sporadiques, les chirurgicales peuvent influer d'une manière notable sur ces totaux pour obscurcir les résultats. C'est seulement à l'aide des chiffres des maladies endémiques qu'on peut arriver à des conclusions qui aient quelques chances d'exactitude,

J'avais primitivement entrepris une étude approfondie de ces oscillations annuelles des maladies et des morts, et j'avais écrit déjà nombre de pages, lorsque je me suis arrêté, et voici pourquoi : le Sénégal a été, de 1854 à nos jours, le théâtre de tant d'expéditions dont le souvenir n'est pas resté dans l'esprit des témoins oculaires et dont l'indication écrite est trop vague pour être appréciée d'une manière exacte, de sorte que j'ai craint de ne pas tenir suffisamment compte de diverses saisons qui auraient fait que telle ou telle année avait été plus ou moins chargée que telle autre, en maladies. Je me suis donc arrêté.

C'est assurément une lacune regrettable, que je laisse dans mon étude sur les maladies des Européens au Sénégal, que de ne pas parler de ces années dites saines et de celles qui sont appelées malsaines; mais ne valait-il pas mieux se taire que d'avancer des choses qui auraient eu le double tort peut-être de ne pas être exactes et de fausser les idées de ceux qui auraient demandé ce renseignement à mon travail.

L'étude si complexe et si difficile des maladies d'un pays, comme la Sénégambie, ne peut être l'œuvre d'un seul; un de mes succes-

seurs aura donc à reprendre cette question, que je n'ai pas traitée et à la faire avancer d'un pas. Je serai le premier à reconnaître qu'il a mieux fait que moi, puisqu'il aura élucidé un point devant lequel je me suis arrêté désarmé.

SALUBRITÉ COMPARÉE DES PREMIÈRES ANNÉES DE CE SIÈCLE ET DU MOMENT ACTUEL.

Quand on étudie, comme je l'ai fait, la pathologie d'un pays en lisant avec un immense intérêt tout ce qui touche à nos devanciers, quand comme moi on a cherché à se représenter ces hommes d'énergie et de devoir qui nous ont précédé, et qu'on s'est rendu compte des difficultés, des privations sans nombre qu'ils ont rencontrées, il vient aussitôt une pensée à l'esprit; nos prédécesseurs guérissaient-ils mieux ou moins bien les maladies endémiques de ce climat sévère? L'Européen qui va aujourd'hui en Sénégambie, court-il, plus ou moins de mauvaises chances, que n'en couraient ceux qui allaient dans ces pays, il y a deux, trois et quatre siècles?

A priori, je suis porté à penser que les Européens de l'époque actuelle sont mille fois mieux partagés. Il suffit de lire l'histoire du pays et, entre autres, le livre du Père Labat; il suffit de feuilleter l'ouvrage de Lind qui, disons-le en passant, est la compilation de ce qui a été écrit sur les maladies des pays chauds et non l'œuvre d'un homme qui avait observé sur les lieux mêmes les maladies dont il parlait. Il suffit de prendre connaissance de quelques thèses: celle de Stormont, par exemple, pour avoir cette pensée que de nos jours les malades sont plus vite, plus facilement et mieux guéris, si on peut le dire; mais comme il n'y a dans ces divers documents que des récits peu circonstanciés, de simples appréciations et non des chiffres, on ne peut pas entrer plus avant dans la comparaison.

Mais nous avons, à la date de 1840, le précieux livre de Thévenot, riche de faits et de chiffres, plein d'enseignements d'autant plus utiles qu'ils sont basés sur une discussion précise des divers éléments de la question. Et ce livre de Thévenot a été une bonne fortune pour nous, il nous a permis de comparer ce qui se faisait de son temps avec ce qui se passe aujourd'hui.

TABLEAU des proportions des malades et des morts pendant les années de 1825 à 1837, rapportées au tant p. 100.

ANNÉES	SAINT-LOUIS			GORÉE			OBSERVATIONS
	Malades	Morts	Rapport	Malades	Morts	Rapport	
1825	?	?	?	493	35	7.1	
1826	1185	84	7.1	?	?	?	
1827	1483	105	7.1	682	22	3.2	
1828	1324	103	7.7	722	30	4.1	
1829	1287	117	9.1	638	32	5.0	
1830	1448	325	21.4	144	53	36.7	Année exceptionnelle. Fièvre jaune.
1831	525	42	8.0	?	?	?	
1832	411	30	7.3	259	6	2.3	
1833	452	18	4.0	355	9	2.5	
1834	598	28	4.7	289	15	5.2	
1835	768	51	6.6	389	16	4.1	
1836	909	27	3.0	479	18	4.1	
1837	926	65	7.0	477	42	8.8	Année exceptionnelle, fièvre jaune à Gorée.

Il ressort de ce tableau que les moyennes sont les suivantes :

A Saint-Louis :	les années exemptes de fièvre jaune. . . .	6,5
—	la moyenne générale.	7,8
A Gorée :	les années exemptes de fièvre jaune. . . .	4,2
—	la moyenne générale.	7,5

D'où il découle, que la mortalité relativement aux malades a été pour toute la colonie entre le 7,8 et le 7,5 p. 100, dans l'espace de treize ans de 1825 à 1837, soit, d'une manière exacte, le 7,65, mais on s'exposerait à se tromper si on ne poussait pas la spécification plus loin et, en effet, nous remarquons qu'en 1830 et en 1837 la fièvre jaune a régné, de sorte qu'il y a eu une mortalité exceptionnelle relativement aux maladies ; par conséquent il faut rechercher aussi quel est le rapport de la mortalité dans les années moyennes, quand il n'y a pas eu de fièvre jaune et nous arrivons par le calcul au 5,62 p. 100, nous verrons tantôt que de 1853 à 1872 les chiffres ont été un peu différents.

Nous trouvons dans Thévenot les éléments du tableau suivant, qui nous montre les rapports, non-seulement des morts aux malades, mais encore des morts et des malades à l'effectif, pendant six années de 1832 à 1837 :

SAINT-LOUIS						ANNÉES	GORÉE					
			RAPPORT DES							RAPPORT DES		
EFFECTIF	MALADES	MORTS	Malades à l'effectif	Morts aux Malades	Morts à l'effectif		EFFECTIF	MALADES	MORTS	Malades à l'effectif	Morts aux Malades	Morts à l'effectif
			p. 100	p. 100	p. 100					p. 100	p. 100	p. 100
184	290	5	157	1.7	2.1	1832	32	90	1	280	1.1	3.1
187	452	15	241	3.3	8.0	1833	35	145	2	414	1.3	5.7
147	320	15	217	4.6	10.2	1834	40	139	7	347	5.0	17.5
192	514	40	267	7.7	20.9	1835	60	165	6	275	3.6	10.0
163	603	16	369	2.6	9.9	1836	150	302	12	201	3.1	8.0
167	614	42	367	6.7	25.1	1837	100	233	26	233	11.1	26.0
1040	2793	133	262.7	4.9	12.7		317	1072	54	338	5.0	17.0

En totalisant les chiffres de ce tableau, nous obtenons des résultats que nous pouvons comparer aux chiffres du tableau n° 77 de notre statistique et nous mettons sous les yeux du lecteur le rapprochement des faits qui se passaient de 1832 à 1837 et de ceux qui se sont passés de 1852 à 1873 ; mais remarquons que nous n'avons là que des chiffres bruts si nous n'éliminons pas ce qui a trait à la fièvre jaune et comme cette fièvre jaune et ce choléra ne sont que des événements pathologiques insolites et irréguliers, il faut laisser de côté leurs chiffres au préalable si on veut avoir bien exactement les proportions observées en temps ordinaire; c'est donc à la seconde série de tableau qu'il faut s'arrêter de préférence.

TABLEAU des proportions des malades et des morts relativement à l'effectif (avec et sans élimination des chiffres des maladies épidémiques) :

PÉRIODES	SANS ÉLIMINER LES CHIFFRES DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES — RAPPORT DES			EN ÉLIMINANT LES CHIFFRES DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES — RAPPORT DES		
	Malades à l'effectif	Morts aux Malades	Morts à l'effectif	Malades à l'effectif	Morts aux Malades	Morts à l'effectif
De 1832 à 1837	300.3	4.45	14.85	253.7	3.94	10.0
De 1852 à 1873	181.9	3.65	7.34	175.5	3.69	5.91

Certes le lecteur sera étonné comme moi de ces chiffres comparatifs, car soit que l'on fasse abstraction de la fièvre jaune et du choléra, soit que l'on conserve les chiffres des maladies épidémiques,

en faisant les calculs on arrive à ce résultat que les malades ont diminué d'environ un tiers relativement à l'effectif; que les maladies sont un peu moins souvent mortelles et enfin que la mortalité est presque de moitié moindre aujourd'hui relativement à ce qu'elle était de 1830 à 1840.

On m'objectera que d'une part nous avons une période de cinq années seulement, de l'autre une de vingt et qu'il est possible que, de 1832 à 1837, il y ait eu une surabondance de malades que nous ne trouvons pas de 1825 à 1830, par exemple, ou de 1838 à 1843. Mais d'autre part, il est incontestable que les expéditions ont été plus nombreuses de 1854 à 1864 qu'elle ne le sont habituellement, de sorte qu'on peut admettre, il me semble, qu'il est fort probable que les chiffres sur lesquels nous nous sommes basés sont assez voisins de l'exactitude.

Il est donc incontestable que nous sommes en progrès et en progrès notable sous le rapport de l'impôt du sang que nous coûte la possession de la Sénégambie et il est important de savoir à quelles causes nous devons ce résultat heureux, car il serait possible peut-être d'amoindrir les chances de mortalité des Européens au Sénégal, si nous les connaissions bien exactement.

Ces causes sont multiples et d'ordres différents, ainsi : 1° je crois que l'emploi plus fréquent, plus méthodique et plus raisonné de la quinine est pour une bonne part; 2° que la cessation des pratiques thérapeutiques de la méthode dite physiologique y est pour quelque chose ; 3° que la diminution du temps de séjour des individus y est aussi pour beaucoup.

Du temps de Thévenot, en effet, la garnison séjournait au Sénégal un temps qui dépassait très-souvent quatre et cinq ans; actuellement elle n'y fait qu'une période de deux années. Disons en passant : il sera curieux de faire une statistique analogue à celle-ci dans une dizaine d'années et on verra clairement alors dans quelles proportions cette diminution du temps de séjour est une bonne chose.

Mais la raison la plus féconde peut-être pour la diminution de la mortalité est celle que je vais citer dans le n° 4 : 4° Le rapatriement plus facile, moins tardif des convalescents. Je ne saurai trop le redire et nous en avons, à mon avis, une preuve frappante ici; dans nombre de cas, celui qui est tombé malade au Sénégal ne se relève pas sur place, c'est une victime fatalement vouée à la mort si un rapatriement prochain ne vient pas lui sauver la vie.

Je n'insisterai pas plus longuement sur l'emploi plus fréquent et plus rationnel de la quinine ni sur la cessation de l'emploi des abondantes émissions sanguines, en formulant une opinion qui condam-

nerait la pratique de nos devanciers, je courrais trop le risque de subir le même blâme ultérieurement. Aussi n'insisterai-je que sur la troisième et la quatrième cause qui me paraissent des plus importantes. En effet, le point sur lequel je puis m'appesantir sans danger, c'est sur le temps comparatif de séjour et sur le renvoi des convalescents en Europe dans une plus large proportion qu'on ne le faisait avant. Or je ne saurais trop le répéter encore, quoique je vienne de le dire quelques lignes plus haut, cette diminution de la durée du séjour colonial, le système de la rapatriation facile et hâtive des convalescents est la chose la plus heureuse pour la conservation de la vie des individus.

Que l'autorité ne regrette donc pas d'avoir adopté ces mesures, qu'elle avance même davantage dans cette voie, si c'est possible, et la mortalité diminuera encore un peu. Certainement ces mesures sont plus onéreuses pour le trésor, mais la vie des hommes est un enjeu capable de faire fermer les yeux sur la dépense et, à ce sujet, je dirai quelque chose ici qui tombe assez sous les sens pour que tout le monde soit de mon avis. Tout ce qui diminue la mortalité des hommes diminue les charges du trésor ; car celui qui succombe dans les pays éloignés a souvent une famille qui est réduite, par cette mort, dans sa richesse et ses moyens d'existence, qui réclame souvent à l'État une pension alimentaire toujours plus onéreuse que ne l'était l'entretien du militaire ou marin en activité de service et en bon état de santé.

RAPPORT DES MALADIES AVEC LE TEMPS DE SÉJOUR DES INDIVIDUS A LA COLONIE.

Nous avons dit, à plusieurs reprises, que la mortalité était d'autant plus élevée chez les Européens qu'ils avaient passé plus de temps au Sénégal ; nous devons reprendre la question d'une manière plus détaillée en même temps que plus étendue, pour la compléter, car il n'est pas sans intérêt de rechercher si les Européens ont plus ou moins d'aptitude à contracter certaines maladies à mesure que leur séjour au Sénégal se prolonge.

Nous avons déjà fourni quelques renseignements là-dessus précédemment, en donnant les chiffres qui sont ressortis des documents qu'a bien voulu me communiquer mon excellent ami le capitaine Richard. Le tableau nº 62 de la statistique, corrobore ce que nous avons dit alors sur ce sujet. Ces tableaux sont assurément très-intéressants et se complètent, de sorte qu'il faut les comparer entre eux pour se faire une bonne idée de la question.

Si nous entrons dans la discussion des chiffres, nous voyons, par exemple, que sur 100 malades admis à l'hôpital de Gorée, il y en a 17,6 qui ont moins d'un mois de séjour dans la colonie ; mais, il faut considérer que Gorée est le point de relâche de maints navires qui viennent y prendre de l'eau et du charbon pour continuer leur route, se débarrassant par la même occasion de leurs malades. Si nous voulons savoir quel est le chiffre des incommodés de la garnison sur ces 17,6, nous voyons, d'après les chiffres des autres mois, que c'est environ le 5,5 ou le 6 p. 100 qu'il faut prendre pour moyenne, les étrangers occupant l'autre portion.

Ce chiffre de 5,5 étant adopté comme l'expression de la moyenne, nous voyons que, dans les malades ayant moins d'une année de séjour au Sénégal entrant pour le 35 ou 36 p. 100 du chiffre des individus traités à l'hôpital, le 28 p. 100 revient à la seconde année, le 13 p. 100 à la troisième, de sorte que, pour un hôpital qui ne recevrait pas de malades du dehors, celui de Saint-Louis, par exemple, nous aurions :

1re année.	36
2e année	28
3e année	13
Au-dessus.	23
	100

Pour les morts nous voyons d'abord que le 25,3 p. 100 appartient à des hommes qui ont moins d'un mois de colonie ; ce qui nous prouve que les malades laissés par les navires en passage sont en général très-rudement touchés. Si nous ne voulons tenir compte que des hommes destinés à la garnison ou à la station du Sénégal, nous voyons qu'il faut opter pour le chiffre de 5,0 à 5,5 p. 100 pour ce premier mois, et dans ces conditions, nous avons le tableau suivant :

1re année.	28
2e année.	23
3e année	17
Au-dessus.	33
	100

Certes, si nous nous bornions à jeter un coup d'œil superficiel sur ces chiffres, nous serions portés à penser que plus l'Européen séjourne dans la Sénégambie, moins il est malade ; mais si nous songeons que dans les deux ou trois premières années les entrées à l'hôpital sont en grand nombre, la mortalité très-chargée, nous arrivons à considérer que ceux qui ont pu atteindre la troisième

année sont des individus exceptionnels et tout spécialement doués, de sorte que la règle de la léthalité croissante du climat en raison directe du temps de présence à la colonie ne se trouve pas infirmée sérieusement, et d'ailleurs, s'il restait le moindre doute, nous rappellerions ce que nous avons dit en parlant des malades et des morts étudiés comparativement en 1830 et de nos jours, pour montrer que, grâce à la diminution du temps de séjour colonial surtout, la mortalité a diminué très-notablement.

Il est une indication que les chiffres ne peuvent donner et qui cependant tombe sous les sens, c'est qu'un grand nombre d'individus contractent au Sénégal des affections mortelles à longue échéance ou au moins le germe de maladies rebelles et durant plus ou moins longtemps après leur retour en Europe. Or ces maladies seront certainement moins nombreuses et moins tenaces chez les individus qui auront passé moins de temps dans le pays malsain, toutes choses égales d'ailleurs, et cette raison est de nature à grandement peser dans la balance.

Il y a une autre manière de chercher à résoudre le problème, c'est de suivre un même homme, comme l'a fait le capitaine Richard dont j'ai parlé précédemment et si, dans ce but, on consulte les registres des hôpitaux de Saint-Louis et de Gorée pour déterminer comment les maladies d'un même homme de la garnison sont réparties pendant les trois années de service colonial qu'on exigeait de lui jusqu'à la décision ministérielle de 1873, qui a fixé la durée de ce séjour à deux ans, on voit que pour l'Européen la santé est d'autant plus précaire qu'il reste plus longtemps au Sénégal, et on en arrive à penser qu'en général les hommes sont d'autant plus et plus sévèrement atteints qu'ils sont depuis plus longtemps à la colonie.

Enfin il y a une dernière source à consulter, c'est l'expérience de ceux qui ont habité assez longtemps au Sénégal pour avoir une opinion arrêtée sur les diverses questions qui s'y rattachent; eh bien! ces hommes, et j'ai séjourné assez longtemps en Sénégambie pour pouvoir me ranger parmi eux, ces hommes, dis-je, quand ils veulent se souvenir froidement de ce qu'ils ont vu et constaté maintes fois, lorsqu'ils veulent formuler une opinion raisonnable dégagée des petites forfanteries du paradoxe, sont obligés de convenir que, plus les Européens restent au Sénégal, plus les dangers sont fréquents et grands pour eux.

Je n'aurais qu'à citer tel et tel qui disait le contraire pour trouver une sorte de justification à son séjour prolongé et qui est tombé fauché par la maladie au moment où il y pensait le moins. Et d'ail-

eurs, il suffit de voir la figure de ceux qui ont passé un certain temps au Sénégal pour avoir une idée arrêtée là-dessus. Que ceux qui voudraient soutenir que l'on parvient à s'acclimater au Sénégal, regardent seulement ceux qui se prétendent acclimatés, et je suis persuadé qu'ils ne continueront plus à discuter.

DURÉE MOYENNE DES DIVERSES MALADIES.

La durée moyenne de chaque maladie a une certaine importance et nous avons cherché à la déterminer dans notre statistique ; on l'a vu par cinq tableaux successifs que nous avons consacrés à ce détail. Nous avons cherché à tenir compte non-seulement des maladies qui ont guéri, mais encore de celles qui ont été suivies de mort ; nous ne nous sommes pas occupé des convalescents, car il arrive souvent que cette catégorie de sujets passe quinze, vingt, vingt-cinq jours de plus suivant que le navire qui doit les rapatrier tarde plus ou moins à partir.

Nous pourrions, si nous n'étions limités d'une manière très-étroite par l'espace, entreprendre ici une énumération des faits touchant chaque maladie ; nous verrions, par exemple, que pour la fièvre jaune le 1,78 p. 100 des individus atteints n'a passé que deux jours à l'hôpital, ainsi de suite, et que si nous partageons le temps par décade, nous avons :

Une décade.	28.5
Deux décades.	33.2
Trois décades.	21.2

D'un autre côté, nous avons les mêmes indications pour les cas suivis de mort et cette série de tableaux est non-seulement le complément important de la première, mais encore une source d'enseignements très-intéressants.— En effet, nous voyons que le 12,3 p. 100 des malades qui sont morts a succombé le second jour, que le 20,1 p. 100 des malades a succombé le troisième jour et que passé le douzième jour les chances de mortalité sont extrêmement faibles, presque nulles.

On peut se demander *a priori* avec quelque étonnement, pourquoi dans le tableau des malades il est porté que personne n'a passé un jour seulement à l'hôpital pour la fièvre jaune, tandis que pour les morts, il est indiqué que le 6,4 p. 100 se rapporte au premier jour. La raison de cet écart est dans cette particularité que, pendant les épidémies de fièvre jaune à Gorée, nombre d'individus ont été soignés soit chez eux, soit à l'infirmerie et ne sont arrivés à l'hôpital

que morts ou sur le point de mourir, de telle sorte qu'ils n'ont pas été inscrits comme malades alors qu'ils font partis des décédés de l'établissement. Il faut se souvenir de cette explication pour ne pas être surpris de cette apparente discordance entre les deux chiffres.

Ce que je viens de dire et d'une manière très-écourtée pour la fièvre jaune, peut être dit successivement pour toutes les maladies; je laisse ce soin au lecteur qui aura besoin de tel ou tel renseignement, lui fournissant les éléments de calcul et ne pouvant faire le calcul en détail pour la raison d'exiguïté de place que j'ai déjà signalée.

Le tableau n° 78 peut être considéré comme le dernier terme des précédents, il nous montre la moyenne des journées d'hôpital suivant les maladies à Gorée et à Saint-Louis. On me permettra de ne pas entrer à son sujet dans plus de détails, car le lecteur pourra, comme je l'ai dit, faire le travail lui-même avec les éléments que je présente ici.

RAPPORT DES MALADIES AVEC LES DIVERSES LOCALITÉS DE LA SÉNÉGAMBIE.

Nous arrivons tout naturellement à vouloir spécifier la salubrité comparative des diverses localités de la Sénégambie. Si ce que nous avons dit jusqu'ici nous porte à penser que le haut pays et les rivières du Sud sont infiniment plus insalubres, il nous reste à savoir dans quelle proportion tel ou tel poste atteint la santé de sa garnison. Pour cela nous avons fourni deux tableaux qui indiqueront la fréquence proportionnelle des atteintes dans une année en supposant que chaque poste eût une garnison de cent hommes.

Nous avons donné dans ces tableaux l'indication des principaux postes de la colonie qui ont été occupés à certains moments, pour montrer la salubrité comparative des divers points de la Sénégambie. Il ne sera pas difficile avec ces points de repère d'avoir *a priori* une assez bonne indication sur les maladies, dans les postes que l'on créera à l'avenir en recherchant auquel de ceux que j'indique ci-dessus, ils se rapportent sous le rapport de la configuration topographique.

Je dois faire remarquer que les chiffres de ce tableau ne sont pas absolus et qu'ils ne doivent pas avoir la même créance. Ainsi pour les pays de Saint-Louis, Gorée, les résultats proviennent d'une statistique de 20 ans. Les chiffres des postes du fleuve et de Sedhiou sont d'une statistique de 10 ans. Ceux des postes du Cayor, de Boké

de 2 à 5 ans et souvent j'ai été obligé de prendre des années qui ne se suivaient pas, de sorte qu'il est possible qu'il faille augmenter ou diminuer les totaux d'un certain chiffre pour rendre les indications de ces postes parfaitement comparables avec les précédentes. Mais au fait, est-il bien nécessaire d'avoir une très-grande précision dans le cas où nous sommes placés? Nous n'avons pas la prétention de déterminer, à l'unité près, la salubrité de chaque poste et alors les chiffres que nous fournissons, quelque peu approchés qu'ils soient de la réalité, en sont cependant assez voisins pour fixer les idées.

Quoi qu'il en soit, ce tableau ne manque pas d'un certain intérêt et nous montre qu'au dehors de Saint-Louis et de Gorée, les divers pays de la région qui nous occupe ne sont rien moins que favorables à la santé des Européens.

Ici encore, je n'entrerai pas dans de bien longs détails, mais je ferai remarquer que ces tableaux fournissent les éléments d'une étude qui peut être très-approfondie et très-détaillée par le lecteur; en effet, non-seulement on peut déterminer la salubrité relative des divers postes, mais encore voir que la dysentérie est plus spéciale ici pour les Européens, tandis que là c'est le paludisme, plus loin telle autre affection. Ce travail fait par moi aurait eu l'inconvénient d'allonger demesurément un texte déjà bien long, sans apporter rien de bien important dans une discussion à laquelle chacun peut se livrer au sujet de ces tableaux.

Je m'arrêterai donc ici, non-seulement pour ce qui est de ces derniers tableaux, mais encore pour tout ce qui regarde la grande question de la résistance des Européens aux influences morbides de la Sénégambie. Mon travail est assurément très-incomplet et ne peut être considéré que comme un premier jalon planté, jalon qui aura besoin d'être suivi de recherches assidues de la part de mes successeurs et qui n'a que la modeste prétention d'avoir été un faible effort tenté dans une voie féconde et malheureusement encore trop peu étudiée dans l'histoire des maladies des pays tropicaux.

CONCLUSIONS.

Quelles conclusions tirer de tout ce que nous avons dit dans cette seconde partie de notre livre? elles sont les mêmes que celles de la première partie touchant l'insalubrité du pays. Il est ressorti ceci, que les Européens présentent peu de résistance vis-à-vis des nombreuses chances de maladie qui les assaillent à chaque instant. Mais précisément à cause de cela et aussi à cause de ce que nous arriverons à formuler plus loin quand nous serons arrivés à la fin

de la partie consacrée à l'hygiène, nous pouvons ne pas nous étendre davantage ici. Nous éviterons donc des redites et nous pourrons consacrer plus loin un peu plus de temps et d'espace aux sujets importants des moyens hygiéniques à employer pour lutter contre les influences morbifiques de la Sénégambie.

TROISIÈME PARTIE

HYGIÈNE DES EUROPÉENS

AU SÉNÉGAL.

Pour remplir le cadre que nous avons tracé au début du premier volume de ce traité clinique des maladies des Européens au Sénégal, il ne suffit pas d'avoir signalé les conditions d'insalubrité que présente le pays mois par mois, en faisant un exposé succinct des symptômes des maladies, et surtout en indiquant les moyens thérapeutiques qui peuvent lutter contre les chances léthales que font courir les atteintes morbides; il faut, après avoir parlé de la résistance et des prédispositions que présentent, vis-à-vis des maladies du pays, les diverses catégories d'Européens appelés à vivre en Sénégambie pendant plus ou moins de temps, il faut, dis-je, donner comme complément logique de ces principes, l'énumération des moyens propres à entretenir la santé et à diminuer, si c'est possible, les occurrences d'indisposition, c'est-à-dire nous occuper de l'hygiène que les individus de race caucasique habitant transitoirement les pays sénégaliens doivent suivre ; car ici, plus peut-être que partout ailleurs, l'hygiène est d'une importance capitale pour l'entretien de la santé.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

L'homme n'est pas cosmopolite, on le sait, et s'il peut, mieux que beaucoup d'autres corps organisés, vivre pendant un certain temps dans un climat très-différent de celui où il a pris naissance ; ce n'est pas impunément qu'il s'expose aux variations atmosphériques pour lesquelles il n'a pas été créé.

Lind a dit, avec raison, que l'homme qui quitte le lieu de sa naissance peut être assimilé à un végétal transplanté sur un sol étranger, et par conséquent qu'il ne peut être conservé et acclimaté à sa nouvelle patrie qu'avec des soins très-attentionnés, car, ajoute-t-il avec grande raison, si la plante peut être artificiellement placée dans une atmosphère qui lui rappelle dans de certaines limites celle du lieu de sa naissance, l'homme transporté dans les régions torrides est moins bien partagé.

Lorsque l'homme, né dans la zone tempérée, est transporté dans un pays relativement plus chaud, sa vie court un danger réel, et nous en donnerons pour preuve entre mille la mortalité de l'armée anglaise qui s'accroît à mesure qu'elle va tenir garnison dans des contrées plus chaudes que les îles Britanniques, ces contrées seraient-elles, comme Gibraltar, Malte, Corfou, le Cap, parfaitement saines à tous égards. A plus forte raison, on le comprend, l'Européen subira des atteintes profondes dans sa santé, si, au lieu de s'exposer seulement aux chances d'un climat plus chaud, il va séjourner dans des localités malsaines, — et le Sénégal, qui nous occupe actuellement peut, à bon droit réclamer le monopole de l'élévation de la température comme celui de l'insalubrité.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de cette question pourtant si intéressante de savoir si l'homme de la zone tempérée est plus apte que celui de la zone torride à changer de climat, s'il résiste mieux aux influences pour lesquelles son corps n'avait pas été créé. Les ouvrages d'hygiène générale ont déjà répondu d'une manière parfaitement claire que tout l'avantage, sous ce rapport, est au blanc sur le nègre, et entrer dans cette discussion serait une digression inopportune dans le moment actuel avec le cadre que nous nous sommes tracé. Occupons-nous donc exclusivement de ce que l'on a appelé l'acclimatement des Européens dans les pays chauds, et surtout n'oublions pas que, même dans les considérations générales que nous allons présenter, notre objectif est l'acclimatement des Européens au Sénégal, c'est-à-dire que nous ne parlerons de l'acclimatement qu'en ce qu'il touche directement à la partie qui nous intéresse.

Qu'entend-on par acclimatement dans les pays chauds? Les auteurs ont répondu d'une manière si différente à cette question, qu'il est assez difficile de s'entendre aujourd'hui ; les uns ont considéré par acclimatement l'aptitude à vivre dans ces pays chauds ; les autres ont pensé que le mot signifiait l'ensemble des modifications que subit l'organisme pour acquérir cette aptitude ; et comme l'a fait très-bien observer un des hommes les plus éminents de la médecine

navale, M. l'inspecteur général Rochard, il y a eu autour de ce mot une confusion fâcheuse pour la clarté de la discussion.

Une des définitions les plus simples en même temps que les plus pratiques de l'acclimatement est celle-ci : l'Européen qui s'acclimate dans les pays chauds est celui qui s'habitue aux diverses conditions du climat de ces pays, au point d'y vivre aussi bien et aussi longuement que dans sa propre patrie.

C'est celle que nous adopterons pour notre part, et on le voit, nous nous rangeons du côté de la première manière de comprendre le mot : l'aptitude à vivre dans les pays étrangers au lieu de la naissance.

Eh bien, le mot étant pris dans cette acception, nous pouvons commencer à dire d'une manière sommaire et d'un mot presque, que l'Européen ne s'acclimate pas au Sénégal. La preuve, c'est qu'il est démontré par mille documents divers que la mortalité des blancs est en raison directe du temps de séjour dans la colonie, et d'ailleurs n'avons-nous pas une démonstration irréfutable de cette affirmation, dans l'absence absolue d'une race créole, après plus de 400 ans d'essais de colonisation et d'apport incessant de sang européen pris à l'âge où il a le plus de vigueur et d'énergie : de 18 à 40 ans.

Bien plus, nous ajoutons que le sang blanc ne peut absolument pas s'acclimater au Sénégal, même alors qu'il se mêle à une proportion considérable de sang noir, et la preuve en est que, depuis 400 ans, les blancs s'accouplant avec des négresses font des mulâtres qui jouissent d'une aisance relative très-heureuse dans le pays, et qui, à ce titre de classe privilégiée du monde sénégambien, est logiquement dans d'excellentes conditions pour prospérer et s'accroître. Eh bien, loin de là, soit que ces mulâtres s'unissent entre eux, soit qu'ils s'unissent aux blancs, soit qu'ils se revivifient par une alliance avec le sang noir, toujours est-il que la race ne prospère pas; la seconde génération, souvent la troisième, presque toujours la quatrième, et peut-être toujours cette dernière est inféconde, de sorte que la classe métisse est comme le tonneau des Danaïdes qui est incessamment alimenté sans jamais être rempli.

Il n'y a rien d'extraordinaire là, à mon avis, quand nous savons que l'Egypte, qui a les caractères climatériques atténués des pays soudanniens, est réfractaire à l'acclimatation des Européens (voir les recherches de Volney, Pruner-Rey, Aubert Roche, etc., etc., cités par M. Bertillon dans le Dictionnaire encyclopédique) ; n'oublions pas d'ajouter que la terre d'Egypte est aussi inclémente pour les nègres qui, depuis des milliers d'années, y sont apportés sans jamais pouvoir se perpétuer dans le pays, et il est grandement pos-

sible que les noirs du Gabon et de la Côte d'Or, etc., ne puissent faire lignée au Sénégal.

S'appuiera-t-on maintenant, pour admettre la possibilité de l'acclimatement de l'Européen, sur ce qu'on rencontre à Saint-Louis et surtout à Gorée quelques rares individus qui ont pu séjourner dans le pays sans y être très-malades? On opposerait des faits de vingt ans de durée à une expérience quatre fois séculaire, et même me basant sur ces faits, je n'oserais affirmer la possibilité de l'acclimatement, car je connais assez bien les individus qui sont les sujets de chacun de ces principaux exemples, pour rappeler, si on ne s'en souvenait pas, que, pour un qui a résisté, mille et plus ont succombé à l'épreuve. Il faudrait même convenir, si on persistait à vouloir considérer ces rares hommes comme acclimatés, que les exceptions de cette catégorie n'ont rien qui puisse encourager ceux qui voudraient tenter le sort, car leur santé est fragile, leur constitution primitivement vigoureuse s'est affaiblie au point que leur existence aura été évidemment abrégée par le climat sénégambien.

Dans certains pays, comme les Antilles, il est notoire que les Européens ont pu faire souche ; ajoutons que probablement cette souche a été moins facile à obtenir qu'on n'est porté à le penser en voyant le nombre de créoles purs qui habitent ces régions. Mais remarquons que ces acclimatés ont acquis une constitution et des immunités que n'acquiert pas l'Européen transplanté au Sénégal; en effet, on sait que l'acclimatement préserve dans les Antilles les Européens de la fièvre jaune, et remarquons combien alors le prétendu acclimatement du Sénégal est différent, car dans les épidémies de 1830, 1837, 1859, 1866, 1867, les Européens qui arrivaient, comme ceux qui avaient deux, trois et six ans de présence au Sénégal, ont été atteints par la maladie et ont succombé exactement dans les mêmes proportions.

Quelle est la cause de cette impossibilité d'acclimatation des Européens au Sénégal ? Je ne chercherai pas à l'indiquer, car il nous faudrait entreprendre une discussion dans laquelle il nous manquerait les éléments capables de servir à l'élucidation du problème. Alors donc, au lieu de nous lancer dans des théories dont le moindre défaut serait de se baser sur des choses mal connues ou mal interprétées, contentons-nous de constater le fait et admettons premièrement que l'Européen ne peut faire souche dans le pays qui nous occupe, et par conséquent qu'il n'y a pas d'acclimatement de race; secondement, admettons que cet Européen ne peut pas vivre en Sénégambie comme en Europe, de sorte qu'il n'y a pas à proprement parler d'acclimatement de l'individu.

C'est qu'en effet le blanc qui émigre dans les pays soudanniens rencontre des influences climatériques pernicieuses qui viennent à bout de son existence, dans un temps plus ou moins long, il est vrai, suivant mille conditions diverses, mais qui viennent enfin toujours à bout de la résistance qu'il peut leur opposer; il y vit plus ou moins longtemps, comme un objet exposé aux intempéries de l'air résiste plus ou moins, mais enfin chaque jour, chaque heure, apporte son contingent de plus en plus dangereux d'accidents, et c'est ici, plus que partout ailleurs, qu'on peut dire des heures ce qu'en a dit le poëte :

.... Vulnerant
Omnes, ultima necat....

J'ai été souvent préoccupé par cette pensée qu'a poursuivie M. Rufz de Lavizon, pendant son long séjour à la Martinique : *Quelles sont les modifications que subissent les individus qui passent des climats tempérés dans les pays chauds*, et j'étais au Sénégal dans un milieu propre pour observer quelques faits dans cet ordre d'idées. Eh bien, je suis arrivé en fin de compte à penser que tant l'observation des Européens que celle des mulâtres et même de ces races intermédiaires qui peuplent le nord de l'Afrique, que l'observation des animaux domestiques, si nous voulons pousser nos investigations plus loin, démontrent que l'acclimatement au Sénégal n'est pas possible.

Dans ces dernières années, les obligations du service de guerre ont fait faire une expérience que nous pouvons utiliser dans l'ordre d'idées qui nous occupe. Ayant à faire des expéditions nombreuses dans l'intérieur du pays, on eut l'idée de faire venir des troupes indigènes de l'Algérie, ce qu'on appelle les tirailleurs algériens et vulgairement les *turcos*, troupes recrutées, on le sait, parmi les Arabes des campagnes du Sahel et du Tell algérien.

Cette idée, très-rationnelle d'ailleurs, on le comprend, a permis de constater que l'Algérien ne résiste pas d'une manière très-supérieure à l'Européen proprement dit ; au Sénégal, l'influence du paludisme se fit sentir chez les Arabes comme chez les Français; la dysenterie, les abcès de foie ne firent pas défaut, et en fin de compte, il a été trouvé que ces troupes algériennes coûtaient beaucoup plus cher, sous le rapport de la santé, que les soldats recrutés dans le pays; preuve péremptoire, on en conviendra, que l'acclimatement même des individus qui sont nés dans l'Afrique septentrionale est impossible dans les conditions où se trouvent les militaires.

Ce n'est pas seulement l'homme européen ou né en Algérie, mais

encore les animaux domestiques, les plantes, elles aussi, apportées d'Europe au Sénégal, qui y dépérissent et ne peuvent y faire souche; le fait est si souvent démontré, si incontestable, qu'il suffit, pour ainsi dire, de l'indiquer pour le faire admettre.

Parlons d'abord des animaux qui vivent dans notre intimité, des chiens et des chats par exemple; eh bien, il est de notoriété que ces animaux ont en Sénégambie une existence plus fragile qu'en Europe; ils subissent positivement l'influence léthale du climat comme nous-mêmes, sont très-sensibles à l'insolation au point d'être quelquefois sidérés par la radiation solaire; ont une vieillesse précoce et surtout perdent leurs facultés génésiques ou au moins produisent des petits qui n'ont pas la force et la vigueur qu'ont eu leurs parents en venant au monde, de telle sorte que, si des croisements ne venaient pas obscurcir l'observation, on verrait que, comme les individus de l'espèce humaine, la seconde et au plus la troisième génération est inféconde et d'une existence si fragile que les conditions extérieures ont sûrement raison de ces organismes dégénérés.

Je ne suis pas en mesure de dire si c'est l'influence du paludisme, ou bien, si c'est la production de maladies du tube digestif ou de ses annexes, surtout du foie, qui constituent la cause de mort des animaux européens transportés en Sénégambie; mais je suis disposé à penser que c'est surtout le trouble de la fonction hépatique qui, chez eux, comme chez d'autres animaux, est la partie du phénomène biologique qui a le plus à souffrir dans le pays qui nous occupe.

Si nous parlons des chevaux, des bœufs, des moutons, venus des zones tempérées au Sénégal, nous avons la même chose à dire, et ce fait doit nous frapper, c'est que, depuis cinquante ans, des chevaux et des juments d'Algérie sont apportés chaque année à l'époque la plus favorable pour leur acclimatation, à l'âge le plus propice pour la reproduction; eh bien, il est très-remarquable qu'à côté de ces chevaux de taille élevée, de corpulence volumineuse, qui ne vivent que transitoirement et pendant peu de temps, il y a une race de petits chevaux dits chevaux du Fonta, qui semble aborigène et qui vit parfaitement. Ajoutons que tous les essais de croisement ont été infructueux parce qu'ils produisaient des poulains qui avaient les caractères du père, mais aussi sa fragilité de santé et d'existence plus excessive encore; ou bien offrant les caractères de la mère et retournant alors aux formes et aux dispositions de la race dite du pays?

Les bœufs et les moutons apportés de France succombent rapidement à des maladies de foie, à de véritables hépatites, inflammations parenchymateuses avec abcès; bien plus, ceux que les Maures

viennent vendre dans le haut fleuve dans leurs négociations périodiques sont presque toujours atteints d'abcès du foie et succombent rapidement, alors que l'espèce du pays résiste très-bien. N'est-ce pas parce que ces bœufs des Maures sont habitués à vivre dans le Sahara dont le climat n'est déjà plus aussi chaud, aussi tropical, qu'on me passe le mot, et se rapproche davantage des attributs du climat tempéré?

J'ai constaté personnellement l'inaptitude à l'acclimatement des volailles en Sénégambie, et j'ai entendu maintes personnes, qui avaient fait l'expérience un grand nombre de fois, formuler la même opinion que moi. Ainsi, par exemple, on apporte des jeunes poulets d'Europe : pendant la saison sèche, ils vivent bien, engraissent, pondent des œufs; dès que l'hivernage arrive, ils sont très-exposés à l'insolation.

J'ai vu nombre de fois les volailles de ma basse-cour être sidérées par le soleil à côté des poules du pays qui n'en étaient pas incommodées. J'ai cherché même à soigner cette insolation par les émissions sanguines, par exemple, en coupant la crête, mais je n'ai pu arriver à de bons résultats et malgré la saignée abondante, la méningite a emporté chaque fois l'animal.

Lorsque, par surcroît de précautions, l'action du soleil a été évitée, j'ai vu la seconde année le nombre d'œufs pondus être très-diminué et la troisième ou la quatrième année la poule meurt, m'ont dit les personnes qui ont séjourné longtemps dans le pays, notamment les mulâtresses.

Quant aux poulets éclos dans le pays provenant d'œufs de France ou de parents européens, ils se développent très-difficilement et succombent dans de grandes proportions à des accidents qui sont évidemment dus à l'anémie.

Si nous voulions même étendre notre observation aux végétaux, nous aurions la preuve absolue de cette impossibilité de perpétuer dans la Sénégambie les fruits, les légumes, les plantes en un mot qui servent à l'alimentation, à l'ornementation ou à l'industrie en France, et si, d'ordinaire, des graines annuelles apportées des zones tempérées donnent de bons produits la première année, on voit régulièrement la graine dégénérer la seconde, et perdre toutes ses qualités la troisième. Le végétal lui-même, s'il est vivace en Europe, souffre et meurt bientôt quand il est transplanté en Sénégambie.

Si nous voulons donc jeter un coup d'œil d'ensemble, nous pouvons dire d'une manière générale que les faits observés chez l'homme (Européen, Algérien, mulâtre, nègre dépaysé), chez les animaux (chien, chat, cheval, bœuf, mouton, chèvre, lapin, poule),

sur les plantes (alimentaires, d'ornement, etc.), permettent de formuler cette opinion que la vie individuelle est atteinte dans son essence même par le fait de la translation en Sénégambie et que la vie de l'espèce est absolument rendue impossible par le séjour prolongé : en d'autres termes l'aclimatement est impossible.

L'Européen transporté au Sénégal est donc en butte à des causes d'affaiblissement et de maladie qui arrivent, dans un temps plus ou moins long, à triompher de sa résistance vitale, et alors la tâche qui revient à l'hygiéniste toute limitée qu'elle soit, est encore très-importante, car il est incontestable que, par des soins bien entendus et certaines précautions, les échéances fâcheuses pour la santé sont éloignées dans tous les pays possibles et il arrivera, par exemple, que si l'homme qui vit sans prendre garde à certaines influences pernicieuses pour la santé est au bout de sa résistance vitale dans un temps déterminé, celui qui se soigne avec intelligence pourra n'arriver à ce résultat que dans un temps deux, trois, quatre fois plus long.

On a dit avec raison que si, dans la zone tempérée où l'équilibre de la santé est plus stable, et où mille causes ne viennent pas incessamment menacer l'existence, ou au moins la santé, l'homme peut commettre des imprudences au point de vue de l'hygiène, sans avoir souvent à s'en repentir ; dans les pays comme le Sénégal, la moindre infraction sous ce rapport est rapidement punie. C'est qu'en effet l'Européen dépaysé, placé dans un milieu tout à fait anormal pour son organisation, est dans un état d'équilibre très-sensible, et trop souvent instable sous le rapport de la santé. Cette indication est bien faite pour montrer d'un seul coup l'importance capitale de l'hygiène dans le pays dont nons parlons ici, et personne ne me contredira assurément.

Puisque l'Européen parcourt au Sénégal une pente fatale vers la maladie et la mort même s'il prolonge son séjour au delà d'une certaine période, étudions les diverses modifications que subit son organisme, pour voir à mesure ce qu'il faudrait faire pour résister le mieux possible, et aussi pour savoir quand la prudence lui conseille seulement, ou bien lui ordonne péremptoirement de se soustraire aux influences du climat s'il veut conserver la vie.

Celui qui arrive au Sénégal pendant la mauvaise saison, ou bien encore celui qui abordant son sol pendant la saison sèche c'est-à-dire ayant passé en quelques jours, une semaine à peine quelquefois, du climat froid et humide de la France en janvier au soleil radieux et au sol desséché de la Sénégambie, s'expose sans précaution au soleil, fait des courses fatigantes, des parties de chasse ou de pêche,

par exemple, est presque toujours pris d'un embarras gastrique avec hypersécrétion de bile et subit une atteinte qui a été considérée par quelques médecins comme la lutte de la première heure de l'acclimatement. Je considère, moi, avec plus de raison, je crois, cette atteinte comme une première défaite de la santé devant l'insalubrité du pays et par conséquent comme une chose fâcheuse que les nouveaux arrivés doivent éviter avec tout le soin possible.

Il n'est pas difficile de démontrer que celui qui éprouve cet embarras gastrique fébrile dès le début de son arrivée au Sénégal, est un sujet qui est battu dans la première rencontre. En effet, tout le monde est d'accord pour dire que quelques jours d'indisposition suffisent pour pâlir le teint du nouvel arrivant; pouvons-nous voir dans ce pâlissement autre chose que le commencement de l'anémie sénégalaise ?

On a prétendu que désormais l'homme qui a éprouvé cette atteinte, est plus en harmonie avec le climat et va pouvoir vivre plus facilement dans son nouveau milieu. Explication plaisante, à mon avis, et qui est un peu comme si on disait que le joueur, qui commence par perdre la moitié ou le quart de la partie, est dans de meilleures conditions que celui qui n'a pas perdu la moitié de son enjeu dès les premiers coups.

Cette explication de la nécessité d'un affaiblissement de l'individu qui arrive dans les pays chauds était logique du temps où la doctrine physiologique florissait, et de là à l'idée de tirer du sang par exemple d'une manière préventive, il n'y qu'un pas que bien des individus ont fait. Mais aujourd'hui que nous considérons la doctrine de Broussais comme inexacte, pouvons-nous encore soutenir l'opinion précitée? Non, il me semble, ou bien nous ne serions pas logiques.

La conclusion pratique de tout ceci c'est qu'il faut tâcher d'arriver au Sénégal avec la santé la plus florissante possible, et une fois arrivé faire de son mieux pour la conserver le plus longtemps qu'on pourra, en défendant pied à pied cette précieuse fortune contre les atteintes multipliées autant qu'incessantes de l'insalubrité du pays.

Quand l'Européen arrive au Sénégal dans un bon moment et qu'il a soin par des précautions intelligentes de ne pas s'exposer à cette atteinte brusque de maladie, les choses se passent plus heureusement et les modifications de son organisation sont moins rapides, mais cependant se produisent d'une manière assurée. Ainsi, tout d'abord les fonctions de la peau commencent par prendre plus d'activité, la sueur et la matière sébacée de l'enveloppe extérieure de-

viennent plus abondantes. C'est au point que quelquefois des irritations de voisinage trop répétées donnent naissance à ces si désagréables éruptions de bourbouilles et de furoncles. Bientôt et comme conséquence de l'exagération de la perspiration cutanée, on voit apparaître la soif, tandis que les autres sécrétions liquides diminuent, celle de l'intestin entre autres, de sorte qu'il y a généralement une tendance mécanique pour ainsi dire à la constipation.

La circulation cutanée, d'abord activée, semble diminuer plus tard et la peau prend alors une grande susceptibilité, de sorte que le moindre abaissement de température provoque une impression de froid, mais c'est une série de phénomènes ultérieurs et dont nous aurons à nous occuper plus tard, car ils constituent déjà une sorte d'état ou au moins une prédisposition pathologique résultant d'un séjour prolongé au Sénégal.

La respiration subit, de son côté, une influence incontestable; je crois avec Copland qu'elle devient plus lente, et comme l'air plus dilaté contient moins d'oxygène à volume égal, il arrive que la combustion pulmonaire diminue d'une manière sensible, que le sang apporté par l'artère pulmonaire absorbe moins d'oxygène et exhale moins de carbone que dans les pays tempérés. La suractivité de la circulation et de la perspiration cutanée est bien faite pour rendre la tâche du poumon plus facile tout d'abord, mais cette action de suppléance que la peau exerce relativement au poumon étant insuffsante, il arrive dans un temps rapproché que le sang veineux prend une prédominance marquée dans l'organisme, de sorte que le foie est sollicité de son côté à un fonctionnement plus actif. Il arrive souvent alors que, comme conséquence, il secrète une plus grande quantité de bile qui va à son tour réagir sur la santé par son action directe sur l'intestin.

Donc, pour résumer cette première phase du séjour en Sénégambie, nous disons que dans les meilleures conditions possibles l'Européen voit déjà un trouble se produire dans ses fonctions dès le début : exagération des fonctions de la peau qui entraîne un peu de constipation et diminue la sécrétion urinaire, puis diminution des fonctions du poumon qui artérialise moins le sang et exige du foie un travail plus grand qui se traduit bientôt en général par une hypersécrétion de bile.

Lorsque les choses se passent bien, ces modifications subies par le corps ne sont pas incompatibles avec un état qui est si voisin de la santé qu'on peut le considérer comme très-favorable, et si rien ne vient troubler la scène, le sujet peut passer six mois, un an, deux ans même sans ressentir de grands inconvénients de sa présence en

Sénégambie, mais c'est l'extrême rareté. Trop souvent une cause inhérente ou extérieure vient troubler cet équilibre de plus en plus fragile des fonctions de l'individu.

Ce sont les cas de cette prolongation heureuse d'un état qu'on considère comme la santé qui sont cités dans le pays pour des exemples d'Européens ayant pu s'*acclimater* sans peine au Sénégal ; exemples qui ne sont rien moins que probants à mon avis, car ils indiquent seulement que ces individus privilégiés ont perdu moins rapidement leurs forces et leur santé ; que le travail pernicieux du climat sur leur organisme s'est fait plus lentement, mais s'est fait néanmoins et aussi sûrement, peut-on dire, car si le sujet reste dans le pays, il arrivera fatalement à l'anémie tropicale et à toutes ses conséquences. S'il rentre en Europe, il ne sera pas difficile à l'observateur de constater que, malgré cet apparent acclimatement et cette prétendue conservation de la santé, la constitution du sujet a subi une atteinte profonde.

En dehors donc de toute absorption de miasme morbigène, il y a déjà une tendance marquée à l'anémie par le fait seul du séjour prolongé dans les pays sénégambiens, et la preuve, comme l'ont fait ressortir très-bien nombre d'auteurs, c'est que les professions qui exposent l'individu à la chaleur artificielle, forgeron, mécanicien, boulanger, cuisinier, produisent, toutes choses égales, dans tous les pays chauds, et particulièrement ici, l'anémie poussée jusqu'à la cachexie.

Nous venons de citer les cas les plus heureux, ceux dans lesquels d'autres influences morbigènes du pays ne sont pas intervenues, et comme au Sénégal le paludisme est à son maximum d'une part, que d'autre part les transitions de sécheresse et d'humidité de l'air sont aussi grandes que rapides, il arrive dans l'immense majorité des cas qu'un autre élément de maladie vient se surajouter à l'affaiblissement graduel, produisant ainsi brusquement la rupture de cet équilibre de fonctions qui constitue la santé.

Pour bien faire comprendre la filiation des phénomènes que subit le corps de l'Européen transplanté au Sénégal, laissons de côté les cas pourtant si nombreux où, soit le paludisme, soit les variations d'hygrométricité de l'air viennent compliquer la scène et hâter le dénouement ; admettons, comme cela arrive par exception, que le sujet a pu se soustraire à ces influences. Eh bien ! il arrive au même résultat que si les autres causes de maladie étaient survenues, il n'y a comme différence qu'une question de temps, c'est-à-dire qu'il faut deux, trois, quatre ans pour arriver au point où il serait arrivé en six mois ou un an ; mais, abstraction faite de ce coefficient de temps,

le résultat est en définitive le même : la profonde altération de la constitution et de la santé.

L'oxygénation moins facile du sang dans le poumon donne, avons-nous dit, une suractivité fâcheuse aux fonctions du foie et il en résulte bientôt deux conséquences :

A. Le sang moins complétement élaboré dans son cycle physiologique s'appauvrit.

B. Le foie surexcité augmente de volume, devient d'une plus grande sensibilité et accroît sa sécrétion biliaire.

Il me serait facile d'écrire de longues pages sur ce mécanisme et sur la combinaison de ces deux actions. Nous pourrions montrer au lecteur la conséquence d'un sang mal élaboré sur l'organe hépatique, l'influence de l'hypersécrétion de bile sur la fonction digestive, le résultat du gastricisme et de l'état bilieux qui est la conséquence de l'hypersécrétion biliaire pendant l'assimilation des aliments ; mais outre que ce travail nous entraînerait trop loin, nous aurions à redire ici ce qui se trouve dans les traités généraux de physiologie et d'hygiène, et comme nos lecteurs possèdent déjà des connaissances très-bien arrêtées sur cette physiologie et cette hygiène, nous n'avons pas besoin d'insister longuement.

A. *Le sang moins complétement élaboré s'appauvrit.* — En admettant cette proposition, et les données théoriques comme l'examen des individus qui habitent la Sénégambie le prouvent, nous voyons comme conséquence naturelle de cet appauvrissement du sang survenir maints troubles de plus en plus compromettants pour la santé. Ainsi le sang appauvri stimule moins facilement les organes, d'où la locomotion est plus difficile, plus pénible, et si des obligations péremptoires portent le sujet à cette locomotion, la fatigue arrive plus vite et vient ajouter à la dépression primitive du corps. La contention d'esprit est plus fatigante qu'en Europe, et si le sujet est obligé de penser, de réfléchir avec continuité, il subit du fait de ses préoccupations un affaiblissement notable.

D'autre part, en vertu de l'axiome *sanguis moderator nervorum*, il arrive que la pauvreté du sang détermine une exaltation de la sensibilité physique, morale et intellectuelle. Tout se traduit bientôt par une impression vive et trop souvent douloureuse, douleurs corporelles pour la moindre raison depuis la névralgie dentaire jusqu'à la névrose dyspeptique chlorotique, etc., etc., la plus pénible, douleurs morales sous le moindre froissement d'amour-propre, exaltations intellectuelles pour la moindre cause futile. Il y a là un bien intéressant travail psychologique autant que médical à faire touchant l'influence des pays chauds et particulièrement du Sénégal

sur l'organisme européen, mais nous ne pouvons nous y arrêter plus longuement ici.

Sous l'influence de l'appauvrissement du sang, il se manifeste bientôt au Sénégal comme en Europe un tendance aux congestions actives et passives. Le nombre des congestions encéphaliques, pulmonaires, abdominales, etc., etc., est là pour le prouver; et cette tendance aux congestions décuplée par l'influence de certaines variations climatériques de la contrée, intervient à son tour dans la situation pour brusquer le mouvement et porter le coup déterminant à la santé dans nombre de circonstances.

B. *Le foie est surexcité dans sa sécrétion biliaire.* — Nous venons de voir que l'appauvrissement du sang conduisait très-fâcheusement le sujet à l'imminence d'accidents morbides. Nous allons dire que la surexcitation de la fonction biliaire ajoutera très-puissamment aux mauvaises chances que court l'individu, de telle sorte que bientôt il faut, pour ainsi dire, qu'il succombe fatalement au nombre et à la variété de ces atteintes.

La suppléance du poumon par le foie met ce dernier organe dans un état de travail exagéré, d'une susceptibilité organique plus grande, souvent aussi hyperplasié dans ses éléments ; d'autre part hyper-sécrétion biliaire. Or, si nous songeons qu'à mesure que le foie devient plus susceptible, nous voyons l'appauvrissement du sang prédisposer aux congestions actives et passives, rendre le sujet plus impressionnable aux influences extérieures, etc.; nous comprenons que les variations brusques d'humidité de l'air produisant sur le corps une impression analogue à celle qu'engendrerait une oscillation rapide de la température, exposent le foie à des hyperhémies morbides de plus en plus dangereuses pour la santé.

D'autre part, l'hyper-sécrétion biliaire va produire des troubles de la digestion ; sous son influence, gastricisme, anoréxie, vomissements, révolte stomacale contre les aliments, et voilà que souvent l'alimentation sera insuffisante par ce fait. Enfin, d'un autre côté encore, irritation intestinale mécanique par la bile augmentée de volume ou d'action topique, c'est-à-dire prédisposition à la dysentérie et à la diarrhée.

Je suis obligé d'écourter ce tableau, mais ce que je viens d'en dire nous montre la pente fatale sur laquelle glisse l'Européen au Sénégal, et si nous songeons qu'en même temps que son organisme tourne par le fait de ses propres dispositions dans un cercle vicieux, l'influence du climat le pousse très-directement dans la mauvaise voie ; nous ne sommes plus étonnés d'apprendre que la vie est pour le malheureux blanc, qui arrive en Sénégambie, une succession de défaites

qui le mèneront plus ou moins rapidement, mais toujours très-sûrement à la mort. Nous ne sommes plus étonnés maintenant de cette affirmation que je présentais au début, que l'Européen ne s'acclimate pas au Sénégal. Ai-je besoin de le redire, la preuve péremptoire en est que quatre cents ans d'essais ont été infructueux?

Nous ne saurions quitter cette partie de notre étude sans signaler une particularité qui présente plus d'un intérêt dans la question actuelle et qui peut donner de très-utiles indications à celui qui veut conserver la santé dans les âpres pays de la Sénégambie, comme d'ailleurs dans tous les pays chauds et malsains des deux mondes.

Les religieux, hommes et femmes, résistent en Sénégambie à l'influence du climat d'une manière infiniment plus heureuse que les autres classes d'individus ; les exemples fourmillent dans cet ordre d'idées, et je n'ai qu'à dire que j'ai retrouvé en 1871 en arrivant à Gorée, la supérieure de l'hôpital que j'avais connue en 1852 ; que la même chose existait à Saint-Louis ; que sur deux ecclésiastiques qui étaient à Gorée pendant mon séjour de 1871-1872, un avait 15 ans, l'autre 6 ans de présence à la colonie ; que le curé de Dakar, le P. Laussédat, est venu au Sénégal en 1845 ; que l'évêque de la Sénégambie pendant que j'y étais, Mgr Duret, que le P. Blanchet, curé de Saint-Louis en 1874, étaient dans le pays depuis plus de 20 ans, pour prouver l'exactitude de cette assertion.

Quelle est la cause de cette remarquable immunité, car ces individus sortent, comme nos soldats, nos marins, de la classe inférieure de la société, le plus souvent de la campagne, particulièrement des pays pauvres, Savoie, Auvergne, Bretagne, et ne présentent comme provenance ni comme constitution rien de bien différent de ce qui s'observe chez les serviteurs de l'État?

A mon avis, et je crois aussi d'après l'avis de tous ceux qui ont observé les choses sur les lieux, cette heureuse immunité tient à trois choses : 1° l'absence de l'ennui ; 2° une vie uniforme et exempte d'excès ; 3° une existence passée relativement très à l'abri du soleil.

A. *Les religieux ne s'ennuient pas au Sénégal.* — En effet, exécutant en commun une mission qu'ils ont acceptée par esprit de religion, ayant brisé avec le monde, la famille, les souvenirs, ils ne jettent jamais un regard en arrière pour regretter une jouissance perdue ou trop tôt tarie, les parents, le pays, car ils se sont habitués pendant le noviciat à considérer l'ordre comme la famille, le cloître comme le pays.

Pour l'esprit, aucun froissement d'amour propre ; les admirables principes de la religion chrétienne les mettent à l'abri de toute

émotion nuisible à leur santé ; pour l'avenir, le ferme espoir d'une vie future pleine de félicités ; voilà certes les conditions parfaites d'une existence exempte de tribulations, de nostalgie, d'ambition et de crainte.

Dans cette vie pleine de saint égoïsme comme d'admirable dévoûment, les tristesses du moment sont acceptées sans récriminations, les douleurs sont presque une joie, devant ajouter à la couronne du martyre ; elles sont subies, on peut dire, avec empressement ; et certes, on le comprend, il y a là dans le champ de la vie morale et intellectuelle une condition mille fois supérieure à celle qui est le lot de l'homme ordinaire, qui à tous les rangs de la hiérarchie militaire ou civile est devoré par l'ambition dans le présent, souvent bourrelé de regrets touchant le passé, toujours tourmenté de préoccupations à l'égard de l'avenir.

Pour l'homme de la société ordinaire, la vie n'est pas uniquement comme chez le religieux une épreuve qu'on a hâte de voir finir, de sorte qu'à ces tristes pensées suggérées par le présent, le passé, l'avenir, l'habitant temporaire du Sénégal joint trop souvent la crainte de la mort et alors, soit qu'il se laisse déprimer par elle sans réaction, soit qu'il réagisse, comme c'est l'habitude par les distractions malsaines, les excès de tous genres, la maladie l'atteint mille fois plus facilement et plus vite qu'elle ne touche les religieux.

B. *Les religieux ont une vie uniforme et exempte d'excès.* — En effet, ces saintes gens qui ont fait de la vie un devoir de tous les instants sans songer à prendre la moindre jouissance, se lèvent le matin avec l'esprit tranquille, ayant dormi sans préoccupation ; les charges de leur profession leur imposent une régularité, un jeûne fréquent qui stimulent leur appétit de sorte que les aliments sont bien reçus par l'estomac.

En outre une règle qui ne laisse pas d'être active pour le corps a pour résultat de faciliter la digestion. Le soir arrive apportant son contingent journalier de bon appétit, les aliments sont absorbés sans excès de quantité ni de qualité et une nuit sans soucis comme sans hallucinations énervantes succède à la journée bien et sagement remplie.

L'homme du monde, au contraire, n'échappe souvent à ses tristesses intimes qu'en allant visiter ses camarades dans un lieu où l'on boit dès la première heure, et quelle boisson boit-on dès la première heure du jour ? C'est l'eau-de-vie de qualité inférieure, c'est le vermouth à 18 degrés alcoolimétriques, c'est l'absinthe ; de sorte qu'au lever du lit où on a passé trop souvent une nuit fatigante, l'estomac est corrodé par un liquide incendiaire. L'heure du déjeuner sonne

avant le désir des aliments, on stimule alors son appétit par des condiments irritants ou une boisson pernicieuse par sa quantité ou sa qualité.

La sieste faite au milieu du jour peu après l'ingestion d'un déjeuner copieux ou indigeste, concourt à une élaboration défectueuse des aliments et le malaise est trop souvent alors une cause qui dispense d'un travail qui serait cependant aussi utile pour le bien-être à venir que pour la santé du moment.

Sous l'influence de l'inoccupation de l'esprit, l'imagination flotte au hasard et s'arrête trop complaisamment sur des sujets fâcheux pour la santé, car comme dans ce pays, avec cette population nègre de mœurs plus que faciles, le désir génésique trouvant à tout instant dix occasions pour une de se satisfaire, la mesure de l'exercice physiologique de la fonction est bientôt dépassée, et le système nerveux du sujet qui a déjà subi par le fait du climat de si rudes atteintes, éprouve de nouvelles et puissantes causes de dépression et d'affaiblissement.

C. *Les religieux passent leur existence à l'abri du soleil relativement.* — Cette classe d'individus qui ne fait rien pour son plaisir du moment, va bien au soleil sans hésitation quand la chose est nécessaire, mais en somme l'obligation n'en est pas fréquente. Au contraire, les gens du monde, outre les cas où leur profession les expose aux rayons solaires, trouvent dans la chasse, les longues promenades à cheval, dans les courses à pied, une faible arme contre l'ennui ; et alors pendant que les poumons pompent à grands renforts les miasmes pestilentiels qui s'exhalent des marais ; pendant que l'humidité des pieds qui foulent un sol marécageux chasse le sang vers les cavités splanchniques, un soleil de feu darde sur un crâne toujours trop incomplétement préservé, de sorte que l'insolation qui est une cause puissante autant que terrible des maladies dans les pays tropicaux frappe les imprudents d'une manière franche ou insidieuse, toujours pernicieuse pour la santé.

Comprend-on, à cette peinture dont je n'ai exagéré aucun trait et que j'écourte même notablement, la raison pour laquelle les religieux résistent mieux au climat du Sénégal que les autres classes d'individus ?

Ajoutons qu'on connaît en somme implicitement, d'après ce que je viens de dire, de quelle manière les hommes du monde doivent vivre en Sénégambie pour se porter aussi bien que possible. Sans doute on m'objectera que l'homme qui ne vit pas comme le religieux pour le salut de son âme ne peut cependant pas s'astreindre à la règle du couvent ; d'accord.

On me dira aussi que maintes professions exposent plus que celle des religieux aux chances de maladie pour celui qui veut faire son service avec zèle ; oui mille fois, c'est vrai ; mais on m'accordera, j'espère, que si, dans les conditions actuelles, un militaire ou civil passe à peine quelques mois sans être indisposé au Sénégal, il y passerait le double, le triple peut-être, de temps en bonne santé s'il remplissait les obligations de sa profession avec la tête calme d'idées tristes, d'ambition, de regrets ou de nostalgie ; avec l'estomac libre de surcharges indigestes ou corrosives, avec un système nerveux ménagé sous le rapport des ébranlements excessifs que donnent les fatigues de toutes sortes, avec un cerveau moins souvent obscurci par les fumées de l'alcool et suréchauffé par les rayons solaires.

Il y a dans cette question de la résistance plus heureuse et plus parfaite des religieux à l'action délétère du climat sénégambien un fait que je livre et recommande aux réflexions de tous ceux qui aiment à penser, comme à ceux qui sont désireux de conserver le plus possible leur santé pendant leur séjour dans les pays sénégambiens.

Après avoir, par ces considérations générales, donné un premier aperçu de la situation des Européens qui viennent affronter les dangers du Sénégal, nous allons entreprendre de présenter les principaux soins d'hygiène auxquels il faut se plier pour atténuer ou au moins retarder un peu l'action pernicieuse des mille causes qui viennent dans ce triste pays lutter avec tant d'avantage contre l'organisme des Européens.

Cette étude de l'hygiène se divise naturellement en deux sections distinctes et complémentaires : A. l'hygiène publique ; B. l'hygiène privée.

A. HYGIÈNE PUBLIQUE.

Tout ce que nous avons dit jusqu'ici nous montre, j'espère, que les influences morbides si nombreuses et si graves souvent qui atteignent l'Européen transporté au Sénégal, dépendent en notable partie de la condition spéciale dans laquelle se trouve le pays qui, avec un climat particulier, présente certaines dispositions de topographie et de géologie qui favorisent des explosions morbigènes dans tel ou tel moment de l'année.

La conséquence de cette pensée, c'est que la connaissance de la topographie a une importance notable pour l'hygiéniste ; aussi renvoyons-nous tout d'abord le lecteur à la description du pays que

nous avons présentée dans notre travail sur la fièvre jaune au Sénégal (Paris, Delahaye, 1874), et que nous ne rapportons pas ici de nouveau pour restreindre le plus possible la longueur de ce livre déjà si long.

On peut se rendre compte de la disposition du pays sénégalien en songeant qu'un soulèvement basaltique a constitué le Fouta-djalon envoyant une arète peu élevée dans la direction du N.-O. jusqu'au Cap-Vert, où son effritement, qu'on me passe le mot, a formé les falaises du Cap, les Almadies, les îles Madeleines et Gorée. Il en est résulté deux bassins, un au nord, le bassin du Sénégal, l'autre au sud, celui de la Gambie.

Le basalte est partout surmonté en Sénégambie d'une couche formée par un conglomerat d'argile calcinée et un minerai de fer à l'état de laitier imbibant la masse argileuse ; au-dessus de cette couche se trouve une autre couche d'argile schistoïde analogue au tripoli, et enfin au-dessus de celle-ci est une terre sablonneuse à base d'argile dont la profondeur varie de quelques centimètres à deux ou trois mètres au plus, et qui n'est que les alluvions apportées par le Sénégal et la Gambie au moment des crues de l'hivernage, c'est-à-dire, alors que tous les cours d'eau qui descendent torrentueusement du Fouta-djalon s'épanchent au loin en inondant les terres basses voisines.

Il faut se souvenir que le pays qui s'étend de Bakel à la mer, c'est-à-dire qui a un parcours de plus de 200 lieues terrestres, n'a pas peut-être quarante mètres de dénivellation, et que la marée se fait sentir pendant la saison sèche jusqu'à Mafou, c'est-à-dire à plus de soixante lieues dans l'intérieur des terres, alors que l'Océan marne de $1^{m},70$ seulement à Guet-n'dar.

Ce point de Mafou présente un ressaut de terrain assez brusque pour partager le bas pays en deux portions en forme de terrasses ou de plateaux, un inférieur dans lequel le sol est imprégné abondamment des matières salines de la mer étant tout à fait sous l'influence et à proximité de l'Océan, l'autre supérieur dans lequel ces principes salins sont infiniment moins abondants.

Nous n'avons pas besoin de redire longuement que sous l'influence des pluies torrentielles de l'hivernage, les cours d'eau qui descendent du Fouta-djalon augmentent dans la proportion de 1 à 50 et à 100 même en peu de jours, de sorte qu'ils produisent des inondations annuelles périodiques qui oscillent dans de faibles limites d'une année à l'autre, et qui sont très-favorisées par la configuration plate de la contrée.

Après les pluies, un vent d'est brûlant vient hâter l'assèche-

ment des parties submergées en favorisant l'évaporation, de sorte que l'eau n'arrivant plus de la source des fleuves, s'évaporant sous l'influence de la chaleur, tend à disparaître. Les déclivités du terrain forment seules alors des mares un peu plus persistantes et dans lesquelles l'eau croupit d'autant plus qu'elle y persiste longtemps. Puis l'action de desséchement dépassant la limite de l'apport primitif de l'eau, le sol devient aride, les végétaux qui le recouvraient meurent et tombent en poussière jusqu'au moment où, repris par l'humidité de l'année suivante, ils viendront former un humus fécondant pour la végétation en même temps qu'un poison très-délétère pour les Européens.

Il n'est pas difficile de comprendre le tableau résumé que nous venons de faire, et en jetant un coup d'œil sur une grande carte du pays, on saisit aussitôt les détails de la question assez bien pour que nous n'ayons pas besoin d'insister davantage.

Celui qui n'a pas visité le Sénégal se demandera, si par des travaux bien entendus, on ne pourrait pas modifier la condition hygiénique de la contrée, et cette pensée s'impose d'autant plus impérieusement à son esprit qu'il voit de nombreuses victimes du climat autour de lui.

Nous n'entrerons pas dans tous les détails que nous pourrions fournir sur ce point pour ne pas donner à notre étude une longueur injustifiée, et nous allons cependant juger la question en prenant pour exemple une partie très-restreinte de la contrée, les environs de Saint-Louis. Il serait facile, on le comprend, d'étendre à tout le pays en général ce que nous allons dire pour ce district, minime relativement.

Qu'adviendrait-il pour la salubrité du pays, si la main des hommes établissait des digues sur la Taouey et sur les divers bras des marigots qui serpentent entre Dagana et Gandiole, de manière à empêcher l'eau de la mer de refluer périodiquement tous les ans dans l'intérieur de la contrée? Ne changerait-on pas profondément et la végétation et la salubrité relative de la basse Sénégambie?

Il est incontestable d'abord que ces travaux de barrage ne seraient pas coûteux outre mesure et n'apporteraient pas une entrave notable aux transactions commerciales; en effet, dans un pays où le noir travaille à si bon marché, il ne serait pas nécessaire d'établir des écluses, la nécessité de rompre charge deux ou trois fois pendant la saison des basses eaux du point de départ des denrées au point d'arrivée, ne serait pas une source de dépense excessive et au lieu d'écluses ou de travaux d'art, une double rangée de pilotis faite avec des troncs de palmiers, soutenant la terre jetée dans le

lit du marigot, formerait à fort peu de frais une digue suffisante, analogue à celle qui traverse, près de Mbidjem, la Tamna, par exemple.

Quelle serait la conséquence de ces barrages sous le rapport de la végétation de la contrée? Eh bien! il est facile de le prévoir, l'eau restant perpétuellement douce et l'humidité des berges étant entretenue par une moindre oscillation du niveau des marigots, une végétation luxuriante envahirait bientôt la terre, et nous aurions, aux environs de Saint-Louis ce que nous voyons aux alentours de Sedhiou, par exemple, de grandes forêts et des plaines herbacées végétant toute l'année.

Il tombe sous le sens que, sous l'influence d'un pareil rideau de verdure, l'action du vent d'est serait très-sensiblement atténué depuis le lac de Guier jusqu'à la mer, et au lieu de ces steppes arides et désolées, nous verrions la végétation de la Côte-d'Or, des rivières du sud, de la Gambie se prolonger jusqu'au Sahara, et au lieu d'avoir une contrée de 50 lieues de largeur pour établir la transition entre le sable du désert et les ombrages impénétrables des pays du sud, le lit du Sénégal établirait seul la démarcation des deux zones si différentes l'une de l'autre.

Mais la santé des Européens aurait-elle gagné quelque chose à ce changement? Il est permis d'en douter grandement, je crois même fermement, pour ma part, après une plus longue habitude des pays sénégambiens, que loin de s'améliorer, la salubrité y perdrait notablement.

Nous verrions, sans doute, la dysentérie et l'hépatite diminuer de fréquence et de gravité, mais le paludisme resterait à l'état permanent et la transformation de la terre aurait en somme pour résultat de faire disparaître la divergence d'allures pathologiques qu'il y a entre la Cazamance et la basse Sénégambie. Les accès pernicieux, la fièvre mélanurique, les complications bilieuses de la fièvre intermittente gagneraient en fréquence ce que perdraient l'hépatite et la dysentérie. On le voit, il n'y aurait en somme aucun bénéfice.

L'hygiène n'a donc pas à demander avec grande insistance une transformation radicale du pays, coûteuse et difficile à obtenir; elle fait des vœux seulement pour que quelques plantations d'arbres diposées de telle et telle façon à proximité des lieux habités, puisse offrir un ombrage agréable, permette l'exercice au grand air aux heures chaudes de la journée sans qu'on coure la chance d'une insolation, enfin, mette un rideau de verdure sous le vent de tel ou

tel marigot et arrête ainsi dans une certaine mesure le transport des miasmes fébrigènes à de grandes distances.

Dans le cas particulier où nous sommes placés, il est utile de ne pas rester plus longtemps dans les vues d'ensemble et de généralité. Aussi, prenons chaque point principal de notre occupation en détail, et voyons ce qu'on pourrait y faire pour atténuer, sinon faire disparaître les causes de maladie qui y existent. Nous allons pour cela énumérer les établissements du fleuve depuis le point le plus reculé vers la source jusqu'à l'embouchure, et nous passerons ensuite au Cayor, à Gorée et aux rivières du sud.

MÉDINE.

Le Dr Daniel, dans la note que nous avons citée en faisant la topographie du Sénégal ; le Dr Bourillet, dans sa thèse (Montpellier, 6 août 1875), nous renseignent sur les conditions où se trouve le poste et le pays de Médine sous le rapport de la salubrité.

Pour ce qui est du poste, voici textuellement ce que dit le Dr Bourillet : « Le pavillon dans lequel se trouvent logés le commandant et la troupe européenne, est loin de posséder toutes les conditions nécessaires pour le rendre sain et agréable. Il ne possède aucune galerie et le soleil donne directement sur les logements. Deux galeries, une au nord, l'autre au sud, en feraient une habitation beaucoup plus supportable pendant les grandes chaleurs en permettant la circulation d'un courant d'air, et pendant l'hivernage en mettant un obstacle à l'humidité considérable des murailles.

« En outre, le pavillon est terminé par une terrasse bitumée qui s'échauffe pendant toute la journée et transmet cette chaleur directement au logement du commandant, de telle sorte, que si l'on veut éviter une céphalalgie violente, il faut s'y tenir la tête couverte. Il serait à désirer que l'on construisît là une toiture supportée par quelques colonnes en maçonnerie de manière à laisser l'air circuler librement entre le toit et la terrasse.

« Les autres logements sont en fort mauvais état : l'infirmerie et la caserne des tirailleurs renfermées dans une enceinte de quelques mètres carrés, sont une véritable fournaise pendant la saison sèche et font eau de toutes parts pendant l'hivernage ; elles ne sont même pas assez grandes pour loger tout le personnel.

« Les magasins eux-mêmes tombent en ruine et n'offrent aucune sûreté pour la conservation des approvisionnements qui doivent y séjourner toute une année. En outre tous ces bâtiments couverts de paille ainsi que la cuisine, touchent la poudrière. De là des dangers de chaque instant, dans ce pays surtout où les incendies sont fréquents

par suite de la négligence des noirs et d'autant plus à redouter, que des vents assez violents règnent pendant une grande partie de l'année. »

Quant à la salubrité publique dans la contrée avoisinante, il y aurait beaucoup à faire et on pourrait appliquer à toute la Sénégambie les idées que je vais formuler pour Médine sans que j'aie besoin de les répéter d'ailleurs çà et là en parlant des divers postes. C'est ainsi, par exemple, que pour le village noir nous devrions user de notre autorité pour exiger que des rues larges et rectilignes fussent conservées entre les divers groupes de cases. Les fréquents incendies font que les habitants sont obligés souvent de refaire leurs habitations, il faudrait peu de temps, par conséquent, pour arriver à mettre les villages nègres, voisins de nos postes, dans de nouvelles conditions d'hygiène.

Les rues percées perpendiculairement à la direction des vents régnants pour empêcher la propagation des incendies de proche en proche, seraient une bonne chose. Ces rues multipliées auraient l'avantage d'aérer l'agglomération humaine et, par conséquent, d'améliorer la salubrité.

De plus, l'autorité que nous avons sur les nègres pourrait être employée à exiger que des corvées d'hommes eussent pour mission, soit de jeter au fleuve, soit d'enfouir les détritus, animaux et végétaux, les matières fécales, qui actuellement restent exposées à l'ardeur du soleil et se décomposent à l'air libre.

Je viens de parler des corvées d'hommes ; il n'y a peut-être pas de pays au monde où elles seraient plus facilement acceptées, étant déjà dans les habitudes. On pourrait, dans toute la Sénégambie, employer sans rencontrer de resistances sérieuses, non seulement les hommes, mais encore les femmes et les enfants ; et qu'on ne m'oppose pas la paresse du nègre, car je répondrais d'abord que, par l'intermédiaire des chefs de villages, qui sont nos créatures, nous aurions en cela l'influence que nous voudrions. J'ajouterai que le nombre des individus employés par la corvée suppléerait au peu de travail produit par chacun d'eux en particulier.

Je le répète, j'appelle avec instance l'attention de l'hygiéniste et de l'autorité militaire, pour qu'on arrive à améliorer les conditions hygiénique des villages et des terres voisines de nos postes à l'aide de travaux faits par les indigènes eux-mêmes.

Je n'ai pas besoin d'entrer dans de plus amples renseignements sur ce qu'il faudrait faire pour assainir les villages nègres, voisins de nos postes ; il suffit d'avoir indiqué l'idée principale aux médecins en service dans tel ou tel poste, au moment où on demande-

rait l'emploi des moyens d'assainissement, de les indiquer et d'en montrer l'utilité locale.

Pour ce qui est de l'assainissement des terres voisines des villages près desquels se trouvent nos postes, les corvées de noirs pourraient encore être employées avec grand succès. Il faudrait, par exemple, qu'au mois d'août, alors que les herbes sont arrivées à leur entier développement, on les coupât, faisant sécher celles qui peuvent être utilisées, jetant au fleuve celles qui sont inutiles, et qui, en pourrissant, vont empoisonner l'air de leurs effluves de décomposition, brûlant celles qui peuvent être incinérées, et pour cela, les plaçant en tas qui seraient couverts de terre, pour former ce que les paysans appellent dans nos pays les *fourneaux*, plutôt que de les brûler sur pied comme on en a trop l'habitude dans tous les pays du Sénégal.

A propos de cette énumération des herbes, on me permettra une digression dont on appréciera l'importance. La coutume de brûler les herbes sur pied, coutume apportée probablement il y a quelques siècles à peine par les Peuls, dans le haut pays, a une influence fâcheuse sur la salubrité et la climatologie de la contrée. En effet, elle a déboisé entièrement le sol par ces incendies annuels, et a été la cause de la présente aridité de ces immenses contrées.

Ai-je besoin de rappeler que le déboisement d'un pays a pour résultat d'élever la température et de diminuer les sources d'eau vive? On voit ce résultat formé au plus haut point ici. Ce serait donc un grand bienfait pour la Sénégambie, si les nègres perdaient la coutume de brûler les herbes sur pied, et par conséquent nous devons, nous qui venons dans le pays pour le civiliser et en améliorer les hommes, ne pas négliger les moyens d'en améliorer le sol.

En faisant perdre la coutume de brûler les herbes sur pied dans les environs des villages qui touchent nos postes, il faudrait compléter la mesure par deux autres séries d'améliorations :

A. Faire pratiquer par les nègres des fossés, des saignées, des coupures de terrain, de manière à favoriser l'écoulement des eaux ;

B. faire planter au vent des postes, c'est-à-dire du nord à l'est, à une assez grande distance, des rideaux d'arbres.

Pour ce qui est des saignées de terrain, je ne puis indiquer, on le comprend, dans quelle direction elles doivent être faites ; il suffit de dire que le but à atteindre, c'est d'éviter la stagnation des eaux, d'une part ; la diminution de l'étendue des marigots d'autre part, en donnant à ces marigots plus de profondeur aux endroits déclinés, pour restreindre la surface d'évaporation des miasmes morbigènes.

Pour ce qui est des plantations d'arbres, je renvoie les intéressés à de remarquables études de botanique appliquée, faites dans le *Moniteur officiel* de la colonie, par M. Lécard, secrétaire du jardin de Richard-Toll; on y verra que M. Lécard, en homme de grand sens pratique, en même temps qu'il était botaniste instruit, proposa de faire des rideaux épais de végétaux, plaçant à l'est, c'est-à-dire de manière à recevoir la première impression des vents secs du désert, les arbres et arbustes les plus résistants, palmiers, cocotiers, cactus, etc., puis, faisant arriver en seconde ligne, des végétaux moins rustiques, mais encore très-résistants, les ficus par exemple, ainsi de suite.

On peut d'après ce que j'ai vu moi-même en maints endroits, faire pousser des arbres, des arbustes et des plantes d'une grande délicatesse dans des lieux où l'aridité semblait incoercible au premier abord.

BAKEL.

En descendant le cours du Sénégal, le second poste que nous rencontrons est Bakel, bien tristement célèbre par son insalubrité, et dont on va avoir une idée par l'extrait suivant que nous empruntons au livre de Lind.

« Ce qu'on m'a dit de ce comptoir peut donner une idée de l'état sauvage des parties intérieures de la Guinée en général. Je dois ces détails à un médecin qui a suivi le premier détachement des troupes anglaises, envoyées pour en prendre possession. Leur passage du Sénégal à cet établissement, se faisant contre le courant de la rivière, fut d'environ six semaines. Pendant cet intervalle les fièvres en moissonnèrent un tiers; on eut prodigieusement à souffrir des chaleurs étouffantes et des cousins.

« Arrivées à leur destination, ces troupes trouvèrent un petit fort, construit sur une éminence, au tournant de la rivière, dont les deux rives présentaient un pays plat, couvert de bois très-touffus, excepté néanmoins autour du comptoir : tous les arbres avaient été coupés jusqu'à la distance d'un demi mille. D'un côté de cette rivière, il y avait des nègres; de l'autre, des Arabes qui pendant la saison sèche venaient faire paître leurs troupeaux.

« Là, toute la nature paraissait conspirer contre l'homme : les tigres empêchaient de se promener dans les bois; ces animaux avaient souvent assez de hardiesse pour entreprendre d'escalader les murs. Si la précaution de porter des armes ou de sortir en petites bandes garantissait de leur fureur, on était exposé à la morsure des serpents vénimeux. La terre en nourisait de différentes espè-

ces et l'on en voyait d'une grandeur extraordinaire. Les bords de la rivière étaient infestés de crocodiles, le sol de fourmis blanches, l'air de mouches sauvages, de mouches de sable et de cousins.

« Quoique les insectes ne fussent pas les animaux les plus redoutables, peut-être étaient-ils les plus inquiétants. Les fourmis dévoraient presque tous les comestibles et habillements, rien n'était à l'abri de leurs ravages. Elles élevaient perpendiculairement un cylindre de terre vers l'objet qu'elles voulaient attaquer, et s'en servaient comme d'une échelle, pour y arriver par milliers ; c'était réellement un des plus grands tourments des malades dans ces climats. Quoique les lits fussent suspendus à une certaine distance de la terre, elles trouvaient le moyen de s'y insinuer pendant la nuit ; leur piqûre faisant l'effet de l'eau bouillante versée sur la peau, devenait plus insupportable que la maladie.

« La quantité des mouches de sable et des cousins était excessive, et pouvait aussi passer pour un fléau ; il y en avait cependant un, encore plus terrible, je veux parler des mouches à miel sauvages, dont les essaims étaient assez nombreux pour obscurcir l'air, et qui venaient souvent faire leur ruche dans les chambres. Une ou deux fois dans l'été, on recevait la visite des sauterelles qui venaient de l'est, comme un nuage épais, et dévoraient toute la verdure. Au reste, ceci n'était qu'un mal passager, car en huit ou dix jours, le sol était aussi paré qu'auparavant, et les arbres poussaient de nouvelles feuilles.

« Tous les animaux acquéraient dans cet endroit, un degré de perfection extraordinaire ; des troupeaux d'éléphants et d'autruches énormes arrivaient fréquemment au fort ; les singes étaient assez nombreux pour faire le principal amusement de la garnison ; ils étaient habillés avec les uniformes des soldats morts, et étaient contraints à marcher debout, ayant les pattes de devant liées par derrière.

« On eut des peines incroyables à supporter la chaleur excessive ; la nuit même on avait chaud, et quand le vent soufflait des déserts, on croyait être à la bouche d'un four. Tous les ans, la rivière grossie par les pluies abondantes qui tombent périodiquement dans ce climat, inondait le terrain, elle en submergeait même une étendue considérable. Le petit fort, à l'abri des eaux par la hauteur de ses murailles, ressemblait à une petite île placée au milieu de la mer. C'était alors la saison des maladies, elle emporta près de la moitié du monde pendant sa durée. Le plus petit écart, la plus légère intempérance produisaient la mort ; il était possible qu'une compagnie

se rencontrât le soir en bonne santé, et fût presque entièrement moissonnée le lendemain.

« L'attente où l'on était d'être relevé vers la fin du douzième mois, fit supporter la vie malheureuse qu'on menait dans ce fort. Malheureusement à l'époque où l'on croyait en partir, la mortalité fut telle, parmi les soldats envoyés au Sénégal pour remplacer cette garnison, qu'il n'y en eut guère plus de trois ou quatre qui y arrivèrent, tous les autres périrent en remontant la rivière. Il n'y eut donc pas moyen que ces tristes restes l'abandonnassent ; ils se virent obligés de traîner encore leur déplorable existence, pendant une autre année, plus ennuyeuse que la précédente.

« A la fin, le très-petit nombre qui en restait, fut renvoyé au Sénégal, dans l'état le plus fâcheux. Depuis on y a fait passer d'Angleterre quelques mineurs afin d'instruire les naturels des procédés à mettre en usage pour l'exploitation de leurs mines d'or, mais il n'en est pas revenu un seul ; les uns ont été tués par les habitants, la plus grande partie n'a pu résister au climat (*Lind.* t. I, p. 51). »

Le Dr Verdier, qui a été un de nos aides les plus intelligents et les plus dévoués au Sénégal, a fait sa thèse (*Thèses de Paris*, 1876) sur l'étude médicale du fort de Bakel ; nous renvoyons à ce travail, pour les détails que nous n'avons pu donner ici.

Le poste proprement dit de Bakel ne nous arrêtera pas longtemps dans notre énumération des desiderata de l'hygiène. Bâti récemment, vaste, aéré, placé sur un point culminant, relativement au fleuve, il se trouverait dans de bonnes conditions de salubrité, s'il n'était pas placé dans une contrée affreusement malsaine.

Ici encore nous allons diviser notre sujet en deux portions :

A. L'étude des conditions hygiéniques du village nègre qui avoisine le poste ;

B. De l'étendue voisine du terrain.

Le village nègre de Bakel, formé de cases en paille ou en tapade, s'étend tout autour du poste en une grande superficie, et contient environ 4,000 habitants. Il est d'une saleté sordide comme tous les villages nègres, présente partout des détritus végétaux et animaux en putréfaction, des déjections de toutes sortes, et aurait grand besoin de l'observation rigoureuse d'un règlement de police, à l'endroit de la voirie. Ce que nous avons dit tantôt pour Médine est parfaitement applicable ici.

Quant à ce qui est du pays avoisinant, nous dirons qu'à l'ouest du fort sont de vastes marais qui communiquent pendant la saison des pluies, par un marigot plus ou moins étendu, logé dans un pli

de terrain et dont les parties les plus basses sont, dans la saison sèche, couvertes d'une eau croupissante, dont le niveau baisse de jour en jour. L'hygiène réclamerait très-impérieusement que des travaux d'assainissement fussent pratiqués dans ces marais. Un réseau de fossés aboutissant au fleuve, en passant à travers le pli de terrain qui sert de détroit ou de digue à l'inondation, devrait assurer l'écoulement aussi rapide que possible des eaux, qui serait d'autant plus facile que le fleuve baisse, comme nous l'avons vu, très-rapidement de plusieurs mètres.

On objectera qu'il faudrait, pour creuser ces fossés, une main d'œuvre considérable. N'a-t-on pas quatre mille noirs, dont les trois quarts pourraient, car les femmes travaillent comme les hommes dans ce pays, pourraient, dis-je, donner une journée de corvée par semaine, ce qui ferait en une seule saison sèche plus de soixante-dix mille journées de travail, somme cent fois suffisante pour l'accomplissement du réseau? Qu'on ne l'oublie pas, un pays où chaque Européen est malade onze fois par an, et meurt dans la proportion de 20 à 25 p. 100 en douze mois, mérite qu'on tente quelques efforts pour l'assainir, et nous n'hésitons pas à affirmer que le desséchement de ces marais abaisserait la maladie et la mortalité de plus de la moitié.

Nous ne dirons rien des postes de Aêré, Mataim, Saldé, que l'on rencontre en descendant le fleuve de Bakel à Podor; ces points d'une importance secondaire et d'une occupation temporaire, ne doivent pas nous occuper actuellement, mais si les exigences de la politique nécessitaient dans ces endroits le maintien de garnisons européennes, il serait indispensable que l'autorité y fit accomplir quelques travaux commandés par l'hygiène.

PODOR.

Podor est un des postes les plus intéressants du fleuve Sénégal, tant par son importance que par la réputation qui lui a été faite par certains voyageurs, Adanson, Leprieur et Perrottet, par exemple.

Mon excellent ami le Dr Daniel, qui a servi longtemps sous mes ordres au Sénégal, a consigné, dans ses rapports de fin de campagne 1873-74, d'intéressantes notes sur Podor, comme il en avait déjà fourni pour les postes de Médine et de la Cazamance, où il a passé plusieurs années. Comme il y a toujours, en somme, les mêmes choses à dire, on me permettra de ne ne pas insister plus longuement sur ce poste-ci, où, comme ailleurs, mille bonnes choses pourraient être faites pour l'hygiène publique.

DAGANA.

Dans le bas pays, à la limite de la zone qui est directement sous l'influence de la mer, se trouve le poste de Dagana.. Le Dr Borins, qui y a passé un an en service, a fait sa thèse (*Thèses de Montpellier*, 1864) sur la topographie médicale de ce poste, et je compte que, dans un avenir prochain, M. Bohéas, aide-médecin, qui a servi avec distinction sous mes ordres au Sénégal, publiera une étude analogue faite à dix ans de distance de celle du Dr Borins.

Le poste de Dagana se trouve dans des conditions de construction et d'entretien qui laissent actuellement beaucoup à désirer; mais ce n'est pas lui que nous incriminerons dans les reproches que doit faire ici l'hygiène; c'est, comme toujours, le village nègre qu'on devrait assainir par l'établissement de larges voies, par l'encouragement des constructions en briques, de manière à faire disparaître dans un avenir prochain, les cases de paille qui sont si laides, si malsaines et si dangereuses sous le rapport des incendies.

C'est aussi la grande plaine environnante du poste qui est transformée chaque année en un immense lac au moment de la crue des eaux et en une énorme surface marécageuse pendant les deux mois de décroissance du Sénégal. C'est là que des canaux, disposés en un réseau qui aboutirait au fleuve, auraient le grand avantage d'assainir singulièrement la contrée; canaux que la main des habitants nègres du village, requis en corvée, pourrait creuser sans un liard de dépense pour l'État, et que des plantations sagement disposées entretiendraient, transformant un grand espace presque entièrement inculte et malsain actuellement, en un lieu fécond qui pourrait sans grande peine fournir les cultures maraîchères et les plantes délicates que le commerce demande au Sénégal à prix d'or.

Nous ne dirons rien de Richard-Toll, si ce n'est que les plantations que M. Lecard y a faites sont restées là comme la preuve matérielle de ce qu'il a dit pour l'amélioration de la Sénégambie par le reboisement.

Nous n'ajouterons rien non plus à ce qu'il a été dit touchant Mérinhagen, si ce n'est que, par un barrage, on pourrait maintenir le niveau du lac de Guier (ou Panié-Foul) toujours assez élevé pour que l'eau y restât parfaitement douce, et par conséquent utile au développement d'une végétation plus vigoureuse et plus durable. Nous allons arriver à l'étude de Saint-Louis qui, avec Gorée et Dakar, sont assurément les points les plus intéressants de la Sénégambie.

SAINT-LOUIS.

L'île de Saint-Louis est un des points les plus salubres de la Sénégambie, après Gorée. On peut avancer qu'avec des efforts qui n'auraient rien d'excessif on pourrait arriver à diminuer très-notablement les chances de maladies qu'y courent actuellement encore les Européens. Je considère que nous sommes fixés sur la position relative et absolue de l'île par la description que j'en ai faite dans mon étude sur la fièvre jaune au Sénégal (*loc. cit.*, p. 20 et suiv.); je n'y reviendrai donc pas.

Plusieurs foyers d'infection existent encore dans l'île, malgré les efforts très-louables faits par l'autorité pour améliorer les conditions d'hygiène publique; mais il ne sera pas difficile de les diminuer et de les faire disparaître, même dans un avenir prochain. Signalons-les à la vigilance de qui de droit.

On a entrepris de remblayer les rues qui étaient submergées pendant chaque hivernage, lors de la crue du fleuve, il y a une vingtaine d'années, et qui, à l'heure actuelle, présentent encore, lors des pluies, des mares d'eau stagnante évidemment malsaine. Il est à désirer, et on peut espérer même que les efforts très-louables et très-énergiques, il faut le déclarer, qui sont faits par l'autorité locale, arriveront bientôt à rendre la viabilité des rues très-convenable, tant sous le rapport de la dureté du sol que sous celui de la déclivité propre à l'écoulement immédiat des eaux de la pluie; de sorte que, sous ce rapport, l'hygiène n'aura plus à récriminer.

Des quais sont construits dans certaines parties de l'île et sont placés de manière à ce que la marée ne laisse pas à découvert pendant la saison sèche des berges fangeuses, sur lesquelles se putréfient des détritus organiques de toute espèce. L'hygiène doit désirer la généralisation de cette mesure excellente à tout le pourtour de l'île.

En parlant de ces quais, l'esprit est naturellement porté vers la partie N.-O. de l'île; il y a là une baie demi-circulaire de 300 mètres de diamètre environ, qui découvre à marée basse, et qui est un vaste foyer fébrigène à la fin de l'hivernage, se trouvant au vent de la ville. Il serait grandement à désirer que le quai suivît la corde de l'arc du cercle, et que, à l'aide du sable emprunté à la langue de Barbarie, on remblayât cette vaste superficie de manière à la rendre insubmersible par les hautes eaux. L'espace est assez restreint sur l'île pour que cet empiètement sur le fleuve fût utile au

point de vue des habitations. En même temps un foyer d'infection disparaîtrait très-heureusement par ce remblai.

Les deux bras du fleuve, en se réunissant en aval de l'île, forment un banc qui touche la pointe du sud et où la couche d'eau est si faible que le fond vaseux est à découvert à chaque marée basse. Il faudrait que les quais du sud se terminassent par une pointe qui suivrait ce banc jusqu'à son sommet, de manière à ce que le fond fût suffisant dans cette région pour ne pas être mis à nu par les basses eaux.

Une mesure très-favorable pour l'hygiène serait de planter une file d'arbres dans l'axe des grandes rues du nord et du sud; on aurait ainsi un ombrage très-utile pendant les heures chaudes et dangereuses de la journée, sans que jamais la présence de cette végétation pût être un obstacle à la circulation des rares charrettes et de quelques bêtes de somme que le commerce ou l'industrie emploient.

Il est en projet de construire une citerne à la pointe du Nord; nous voudrions qu'on lui donnât des proportions considérables, disons plus, énormes, de manière à assurer la provision d'eau douce d'une manière suffisante; nous voudrions aussi qu'on en fît une autre très-grande aussi au sud, de manière à fournir pendant la saison sèche à la population, soit gratuitement, soit contre rémunération, la quantité d'eau nécessaire pour les besoins de la vie. Nous ne pouvons entrer dans de longs détails touchant les proportions que devraient avoir les réserves d'eau de Saint-Louis; seulement nous réclamerons, au nom de l'hygiène, deux précautions faciles, d'ailleurs, à prendre.

1° Il serait à désirer qu'on entourât, à Saint-Louis, les citernes d'une enveloppe d'argile, comme on le fait à Venise, pour empêcher les infiltrations d'eau de mer qui, pendant six mois, ont de la tendance à venir souiller l'eau potable.

2° On devrait établir des filtres à l'embouchure même des réservoirs d'eau douce de manière à forcer le liquide à passer à travers une couche de sable et de charbon avant d'être distribuée à la population. Cette première filtration aurait une grande utilité et se ferait naturellement, sans préjudice de celle que chaque particulier, soucieux de la propreté et de la santé, doit pratiquer; elle aurait assurément de notables avantages hygiéniques.

Il y a eu jadis un jardin potager pour la garnison, à la pointe du Nord. Ce jardin, qui, au dire de Thévenot, donnait de très-médiocres produits, a disparu, et il faut s'en féliciter, car nous ne devons pas oublier que les jardins maraîchers sont insalubres dans les

zones tropicales. Mais on pourrait faire au nord de grandes plantations d'arbres, de manière à avoir de l'ombrage et un lieu qui, sollicitant à la promenade, pousserait les Européens qui habitent Saint-Louis, à un exercice trop négligé actuellement pour leur santé.

Les maisons européennes ne laissent pas grand'chose à désirer ; l'habitation au premier étage est la règle commune, et si l'usage des citernes était généralisé de manière à donner assez d'eau pour que les cours intérieures eussent un peu de verdure, on n'aurait qu'à applaudir en général à leur disposition.

La mesure qui tend à supprimer, d'année en année, les cases à nègres dans l'île de Saint-Louis est excellente et mérite d'être poursuivie avec grande attention ; il serait important, même pour l'hygiène, qu'une surveillance très-rigoureuse fût exercée sur les habitations des nègres, qui recèlent trop souvent des immondices, des matières en putréfaction (viande et poisson), des volailles, des bestiaux et du fumier.

Les farines, les vins, les légumes secs sont en général de bonne qualité à Saint-Louis ; mais le désir de gains illicites qu'ont quelques commerçants peu scrupuleux doit entretenir la vigilance de la surveillance. La même vigilance ne saurait être trop soupçonneuse à l'égard des débits de boissons, où les malheureux soldats, marins, civils et indigènes vont trop souvent s'empoisonner en s'adonnant à l'ivrognerie.

La viande de boucherie et le poisson sont en général de bonne qualité pendant la plupart des mois de l'année ; il serait facile à l'autorité d'obtenir que les bœufs de la consommation fussent plus gras et plus nourrissants par l'obligation qu'on imposerait aux fournisseurs de faire pâturer leurs troupeaux dans les quartiers où il y a de l'eau douce.

Casernes.

Les casernes de Saint-Louis sont dans de bonnes conditions hygiéniques, quant à ce qui est de leur position ; il est fâcheux qu'elles n'aient pas été dotées dans l'origine de dépendances suffisantes, et on pourrait peut-être étudier les moyens de leur adjoindre un système de verandas ou galeries, qui rendraient les chambres moins chaudes aux heures où le soleil vient frapper les murs de l'édifice.

Je n'entrerai pas dans de plus grands détails touchant les desiderata de l'hygiène des casernes de Saint-Louis, pour ne pas donner trop d'étendue à mon étude, mais je dirai d'un mot, à l'autorité, que depuis bien longtemps il est prouvé que tout ce qui est fait pour

l'amélioration du bien-être des troupes, est largement compensé par les économies que produit la diminution des journées d'hôpital, de sorte que plus on semble prodigue dans un sens, et plus on est économe, au contraire, en définitive. Cet axiome devrait être gravé dans l'esprit de tous ceux qui ont une autorité militaire à exercer, et être mis en pratique du grand au petit. Tous y trouveraient leur compte, et l'Etat dont les intérêts seraient plus favorisés, et les hommes dont la santé et la vie sont la seconde portion de l'enjeu dans la question actuelle.

Hôpitaux.

Dans un pays où une population européenne est exposée à tant de causes de maladies, et où la garnison est relativement si nombreuse, la question des hôpitaux a une importance considérable, d'autant plus grande même, qu'en temps ordinaire, nombre de civils sont admis, moyennant rétribution, ou gratuitement, dans ces établissements, et qu'en temps d'épidémie, tous les malades sans distinction de provenance sont accueillis et soignés avec le même dévoûment.

Il y a trois hôpitaux actuellement en Sénégambie : deux à Saint-Louis, un à Gorée. On peut leur en rattacher dès à présent un quatrième, le Lazaret du cap Emmanuel, et enfin, dans un temps très-prochain, l'infirmerie de Dakar prendra une extension telle, que ce sera, à proprement parler, un véritable hôpital. Occupons-nous sérieusement de ces divers établissements.

Nous parlerons de l'hôpital de Saint-Louis, grand établissement pouvant recevoir un nombre relativement grand de malades, et dont l'aménagement, bien que très-favorable à certains points de vue, laisse notablement à désirer sous d'autres. En effet, l'hôpital de Saint-Louis présente quelques imperfections nuisibles aux malades, et sur lesquelles nous devons appeler l'attention.

Une première et grande cause d'accidents pour ces malades, est la possibilité qu'ils ont de se procurer des aliments, et surtout des boissons alcooliques du dehors. La fraude se fait surtout par la rue dite de l'Hôpital, sur laquelle ouvrent les fenêtres de l'établissement : un compère arrive au pied de l'établissement, dès que la nuit est tombée, ou aux heures chaudes de la journée, il attache à une ficelle qu'a déroulée le malade, une ou plusieurs bouteilles, qui sont montées aussitôt, et une fois le liquide introduit dans la salle, il est donné, soit à titre de gourmandise, soit à titre de tonique, dans un sentiment de bienveillance mal réfléchie, à de pauvres diables qui s'en trouvent au plus mal.

L'administration locale devrait acheter les deux maisons qui sont en face de l'établissement, pour les abattre et en faire un petit square fermé de grille. On isolerait ainsi l'hôpital de la manière la plus heureuse, tant au point de vue de la salubrité générale, que sous le rapport de la discipline et de la santé des intéressés.

La caserne de la cavalerie est adossée au flanc sud de l'hôpital, de sorte que les malades sont éveillés de bonne heure, tous les jours, par les sonneries du service; sont dérangés fréquemment dans le jour, par le bruit que font les hommes et les chevaux, sans compter que les odeurs émanées de l'écurie, que le fumier, que les miasmes engendrés par les chevaux mêmes, ont une fâcheuse influence sur les individus, déjà très-atteints et très-désarmés par les maladies propres au pays.

J'ai demandé l'application de persiennes sur la galerie qui envisage l'ouest, au second étage, de manière à empêcher le soleil de venir atteindre les malades, qui s'asseoient en cet endroit, de midi à six heures du soir, et aussi pour tamiser l'air froid, venant de la mer dans les nuits d'hivernage et du commencement de la saison froide.

On se fait difficilement une idée de la léthalité des refroidissements produits à ces moments sur les malades, et c'est certainement à l'absence de ce moyen de protection que les dysenteries doivent de ne pouvoir guérir, à l'hôpital de Saint-Louis, du mois d'octobre au mois de janvier.

J'appelle donc avec insistance la décision qui dotera cette galerie d'un système complet de persiennes.

Des moustiquaires devraient être ajoutées aux lits des malades, car c'est pour eux souvent une torture que d'être exposés aux morsures des maringouins, à toutes les époques de l'année et surtout pendant l'hivernage.

Je sais qu'on m'objectera qu'elles exposent à l'incendie, et que tant qu'on aura des infirmiers noirs, c'est-à-dire des brutes dont l'incurie est extrême et incorrigible, ces moustiquaires sont un danger: mais je répondrai à cela qu'en employant des infirmiers européens d'une part, en écartant suffisamment les lits dans les salles d'autre part, on arriverait très-bien à rendre la vie plus supportable aux malheureux malades, pour ce qui est des atteintes des maringouins, sans exposer l'hôpital aux incendies.

Les lieux d'aisances de l'hôpital Saint-Louis sont un des grands vices de l'établissement; j'ai appelé, à maintes reprises, l'attention de l'autorité sur cette grande imperfection; j'ai même cru, à un certain moment, que mes réclamations allaient avoir un bon résultat,

mais mon espoir ne s'est pas réalisé ; je continue donc à demander avec instance cette amélioration.

D'abord il faudrait faire, à l'extrémité de la galerie du second étage, au nord et au sud, un lieu où les malades qui peuvent se lever, et qui cependant sont trop faibles pour descendre dans la cour, pourraient satisfaire les besoins. Dans le moment actuel, c'est dans la ruelle de leur lit, en présence de tous leurs camarades, qu'ils sont obligés d'obéir aux exigences de la nature, et comme la dysentérie et la diarrhée font la grande moitié des atteintes morbides que l'on soigne à l'hôpital, on se fait facilement une idée des odeurs que l'on y sent, et des spectacles écœurants qui vous assaillent à chaque instant.

Rien n'est commun comme de voir trois, quatre malheureux, venir à la selle, à côté de camarades qui prennent leur repas, et on conviendra que, dans un pays où l'anorexie est le premier et le plus persistant phénomène que présente l'Européen, l'absence d'un cabinet d'aisances à côté de la salle des malades est véritablement une chose fâcheuse.

M'objectera-t-on que le cabinet d'aisances que je demande, donnerait des odeurs désagréables sur la galerie ? Ce que je viens de dire combat à l'avance tout ce qu'on pourrait m'opposer, et j'ajouterai qu'il n'est pas impossible, en y portant de grands soins de construction et d'entretien, d'obtenir des lieux d'aisances propices, suffisamment propres, sinon absolument inodores. Qu'on n'aille pas si aveuglement à l'économie, qu'on ait le courage de faire un peu plus de dépenses de première mise et d'entretien, et bientôt, je l'affirme, les résultats seront excellents, dépasseront les espérances, les exigences des plus difficiles.

Il faut pour les malades du rez-de-chaussée, et pour ceux qui peuvent se transporter à quelque distance, d'autres cabinets d'aisances que ceux dont je parle : aussi je voudrais voir conserver le petit bâtiment, où actuellement les malades vont satisfaire leurs besoins, et qui fait corps dans la cour avec l'amphithéâtre et la salle mortuaire. Mais c'est ici encore que je voudrais des améliorations pour ce qui regarde la propreté.

On m'a objecté la difficulté qu'il y a à vidanger ces lieux d'aisances, toutes les fois que je me suis plaint de leur sordide malpropreté ; mais il serait pourtant si facile de maintenir ces lieux dans un état convenable ; plusieurs systèmes se présentent pour l'évacuation des matières fécales : le plus pratique serait peut-être celui que j'ai proposé à maintes reprises, et que voici détaillé. Un petit mur placé dans le lit du fleuve, sur le quai de l'est, c'est-à-dire sur le

grand bras, serait destiné à faire un obtacle au courant, pendant les hautes eaux, et assurerait l'arrivée d'un courant d'eau, qui passerait dans un ruisseau couvert, qui traverserait l'île, passerait sous les siéges des lieux d'aisances, et entraînerait les matières fécales dans le petit bras, au fur et à mesure qu'elles seraient excrétées. Voilà pour la saison chaude.

Pour la saison fraîche, c'est-à-dire pour l'époque où le fleuve est soumis à l'influence de la marée ; deux vannes placées, une près du quai du grand bras, l'autre près des lieux d'aisance, dans la cour de l'hôpital, permettraient d'amasser dans ce canal à marée haute une masse suffisante d'eau, pour établir à un moment donné de la marée basse, par une simple manœuvre de la vanne qui est dans la cour de l'hôpital, un courant de chasse suffisant pour emporter toutes les immondices.

Voilà l'idée, simple, je crois, et pratique. Aux architectes de l'appliquer, et assurément le problème sera facilement résolu.

Le service des infirmiers doit nous arrêter un instant. Déjà en 1840, Thévenot s'est élevé avec force contre les imperfections, et depuis, nombre de médecins, sinon tous, se sont plaints de la triste manière dont les soins les plus nécessaires sont donnés aux malades dans les hôpitaux de Saint-Louis et de Gorée.

Les récriminations de Thévenot contre le service des infirmiers sont tellement justes aujourd'hui encore, qu'on peut les rapporter textuellement :

« Le service des infirmiers est confié à des noirs ; il est si mal fait en général, qu'il est un des plus forts griefs des malades contre l'hôpital. Pendant tout l'hivernage 1837, je n'ai cessé de demander à l'administration des hommes propres à ce service. Celui-ci a manqué sous tous les rapports ; plusieurs des anciens infirmiers ayant fini leur temps ont été renvoyés ensemble peu avant l'hivernage. Les uns n'ont pas été remplacés ou ils l'ont été par des hommes nouveaux et sans intelligence, aussi les malades ont-ils beaucoup souffert sous ce rapport. Vainement criaient-ils pour se faire entendre et obéir des infirmiers, ceux-ci ne les comprenaient même pas. J'ai vu une salle de 22 malades confiée à un seul homme qui, avec toute la bonne volonté possible, n'aurait pu suffire.

« J'ai vu des malades tomber de leur lit, sans qu'aucun infirmier fût là pour les secourir et maintes fois à midi, heure du repas, je suis entré à l'hôpital et n'en ai pas trouvé la moitié, ni le quart, dans l'établissement. Depuis lors, malgré nos observations, les infirmiers continuent à être les mêmes, sans zèle, sans intelligence : quel intérêt ont-ils à bien servir ? Ils en ont davantage à tromper la surveil-

lance, puisque, en servant les appétits déréglés des malades, ils en obtiennent du moins quelque récompense.

« Ce service est tout à recomposer : tout fait désirer qu'il soit fait par des blancs, et si les fièvres de l'hivernage ou d'autres raisons empêchent de trouver ou de choisir des infirmiers de cette classe, il faut au moins un infirmier major blanc qui ne soit pas un soldat; assez bien payé pour ne pas se mêler à ces tromperies ; assez moral et assez influent pour les signaler à l'autorité et pour faire exécuter ses ordres par les noirs. Tant que ce service sera mal fait, les malades seront mal soignés et les convalescents, les malades eux-mêmes, auront des complaisants qui les aideront à ruiner leur bourse et leur santé. »

Voici à l'appui des idées de Thévenot un détail rétrospectif qui ne manque pas d'avoir son intérêt.

En 1820, le conseil de la colonie décida que les forçats infirmiers à l'hôpital seraient remplacés par des noirs, et le conseil de santé exposa au Commandant du Sénégal *que ce serait compromettre la vie des hommes malades que d'en confier le soin à cette classe d'hommes* (séance du 3 avril 1820).

On le voit, dès cette époque déjà, les médecins avaient reconnu que les nègres sont impropres à donner des soins dévoués et intelligents aux malheureux malades.

L'opinion du conseil de santé de 1820 n'a pas prévalu ; les noirs ont été employés dès lors, et si on pouvait avoir l'opinion de tous ceux qui ont été chefs du service de santé depuis au Sénégal, on verrait un concert unanime de plaintes et de récriminations ; mais, hélas ! ici, comme trop souvent dans ce qui regarde le service, les plaintes sont stériles, les vœux restent inaccomplis.

J'ai tort, cependant, de récriminer là-dessus, moi qui ai obtenu en 1873, après des supplications personnelles adressées par voie privée à M. le baron Benoist d'Azy, directeur des colonies, l'envoi d'infirmiers européens pour les hôpitaux de la colonie, ce qui a été, j'estime, un grand bonheur pour les malades qui ont été soignés dans ce moment-là.

J'avais demandé dix infirmiers : six pour Saint-Louis, quatre pour Gorée. On nous en envoya quatre. Deux d'entre eux étaient de mauvais garnements, qu'il a fallu renvoyer aussitôt; mais les deux autres, hommes de zèle et de dévoûment, ont rendu un à Saint-Louis, l'autre à Gorée, de très-grands services, à ma connaissance.

Je ne discuterai pas ici l'impossibilité qu'il y a à faire faire par les nègres, le service d'infirmiers d'une manière utile pour les malades; il suffira que je dise que les indigènes de la Sénégambie n'ont ni le

cœur, ni l'esprit, ni le zèle nécessaires pour ces modestes fonctions, et je n'hésite pas à soutenir que l'on n'aura pas le droit de dire que les malades ont tous les soins qu'ils peuvent, qu'ils doivent avoir au Sénégal, tant qu'il n'y aura pas un infirmier blanc, non pas par hôpital, mais par salle de quinze à vingt-cinq lits.

M'objectera-t-on que les infirmiers européens sont souvent de mauvais garnements, témoin les deux que nous avons été obligés de renvoyer sur le premier envoi de quatre en 1873 ? Je répondrai à cela que la faute en est entière à ceux qui ont eu à choisir les infirmiers. Et en effet, on prit à cette époque directement à la vie civile quatre volontaires qui vinrent servir au Sénégal. Or, on comprend que ce n'est ni les hommes de grand ordre, ni ceux d'excellente conduite qui postulent des places d'infirmier civil aux colonies ; si on avait mieux choisi le mode de recrutement, on aurait obtenu de bons résultats.

Pour que la mesure soit efficace, soit réalisable, il est indispensable de demander ces infirmiers au cadre des infirmiers marins que l'on recrute, forme et entretient dans les hôpitaux de la marine. Il faut que l'on expédie dans les hôpitaux coloniaux des infirmiers, comme on expédie des médecins titulaires du corps de santé de la marine. Car, il ne faut pas s'y méprendre, ces infirmiers, pas plus que les autres Européens, ne doivent passer plus de deux ans au Sénégal, et par conséquent, on le comprend, si on s'obstine à vouloir faire des infirmiers de l'hôpital de Saint-Louis et de Gorée des employés coloniaux destinés à fixer toute leur existence dans ce poste sans autre perspective de rentrer en Europe que par la démission, on n'aura jamais que par exception des serviteurs suffisamment zélés et convenablement instruits.

Mais, je le répète, pourquoi ne pas demander aux compagnies d'infirmiers réguliers de la marine les hommes nécessaires aux hôpitaux du Sénégal? Il est temps de faire disparaître cette anomalie absurde qui fait que l'hôpital du Gabon, qui est régi par le service de la marine, possède des infirmiers marins, tandis que les hôpitaux de Gorée et de Saint-Louis régis par le service des colonies, n'ont que des infirmiers nègres ou des infirmiers venus directement de la vie civile, c'est-à-dire, sans instruction et sans garantie le plus souvent.

En 1873, j'ai eu l'honneur de proposer au général qui inspectait l'infanterie de marine au Sénégal, une mesure qui aurait le double avantage de rendre le service des malades mieux assuré, en même temps qu'elle compléterait l'instruction pratique des soldats. Je demandais à ce que chaque compagnie d'infanterie de marine fournît

un ou deux hommes qui, pendant un mois, serviraient comme infirmiers à l'hôpital militaire sous les ordres de l'infirmier major.

Pendant ce mois, ces infirmiers temporaires apprendraient par la nature de leurs fonctions maintes choses utiles au soldat. Ainsi tout d'abord, comment on fait un lit, comment on y couche, change, lève, etc., un malade ; ce que c'est qu'une tisane, un bain, un cataplasme, etc.; comment on fait un pansement; en un mot, ils se familiariseraient un peu avec les soins que réclame l'homme frappé par la maladie. Croira-t-on que ces connaissances lui seraient inutiles? je soutiens que non, la preuve que j'en donne, c'est que, lorsque ces hommes se trouveraient, par exemple, dans un poste isolé où il n'y a pas de médecin, ils ne seraient pas entrepris, comme ils le sont aujourd'hui, en présence d'un de leurs camarades malade; ils sauraient lui faire le lit, lui donner un peu de tisane, l'assister en un mot dans ses souffrances, et qui me dira que, le jour du combat, le soldat ne se souviendrait pas tant pour lui que pour ces camarades des quelques élémentaires notions de soins chirurgicaux et médicaux qu'il aurait puisés dans son séjour d'un mois à l'hôpital en qualité d'infirmier ? D'autre part, ce service des malades familiariserait le militaire quelque peu avec les précautions d'hygiène, et serait tant pour lui que pour les autres, d'une utilité certaine à tel ou tel moment de sa vie coloniale.

Des nations voisines ont compris l'importance de ce complément d'instruction, qui peut être donné au soldat ; pourquoi resterions-nous en arrière? Que les militaires songent un instant à cette idée que je viens de formuler en passant, et je suis sûr que tous ceux qui se préoccupent du bien-être du soldat, trouveront qu'elle a son utilité, et que, traduite dans la pratique d'une manière qui s'allie aux exigences du service militaire, elle peut produire de bons résultats.

En lisant ces lignes, une réflexion ne viendra-t-elle pas au lecteur comme elle m'a dominé pendant que je les écrivais? N'est-il pas incroyable que, dans un pays qui se pique d'être civilisé, dans un département qui passe à bon droit pour être organisé avec soin, intelligence, et d'une manière féconde en heureux résultats, le médecin ne soit rien dans l'hôpital, que l'administrateur soit tout? Un jour qui n'est pas loin, j'espère, cette question aura été tranchée dans le sens de la justice et du bon sens, et nos successeurs ne pourront pas même comprendre, tant la chose leur paraîtra absurde, que, pendant près de deux siècles, le médecin ait été en définitive un peu moins influent dans un hôpital que l'infirmier-major d'une salle, ou bien que le sergent de planton fourni au jour le jour par chaque corps de troupe de la garnison.

Nous ne récriminerons pas dans ce livre où nous n'avons en vue que l'étude des moyens de défendre les hommes contre les influences pernicieuses du climat sénégambien, mais au nom précisément de cette mission que le médecin est appelé à remplir, n'avons-nous pas le droit de demander la modification, disons plus, le changement absolu de l'incroyable organisation qui régit jusqu'ici les hôpitaux coloniaux.

Environs de Saint-Louis.

Les villages de Guet-n'dar et de Ndar-toute devraient être transformés peu à peu, mais aussi rapidement que possible, par le percement de rues larges. On pourrait arriver par l'exemption de l'impôt, ou par telle autre mesure administrative, à faire disparaître les cases en paille, qui seraient remplacées là, comme à Saint-Louis, par des bâtisses en briques. Avec le temps, l'emplacement du marché, les bords du fleuve, pourraient recevoir des améliorations auxquelles l'hygiène applaudirait et que nous appelons avec instance.

Quand on dirige ses pas vers l'île de Sor, on rencontre des marécages en si grand nombre et si infects, que l'on se demande pourquoi l'île de Saint-Louis jouit d'une salubrité relativement si favorable. Le secret de cette apparente anomalie est incontestablement dans la direction des vents régnants, mais néanmoins il est incontestable que, si ces marais étaient assainis, la salubrité de la contrée y gagnerait d'une manière extrêmement heureuse : il sera donc utile que, dans un avenir prochain, la sollicitude de l'autorité soit portée sur cette question de l'assainissement de Sor.

Je m'arrête dans cette énumération, car nous trouverions à chaque pas quelque chose à demander, une amélioration à réaliser, un progrès à obtenir sur l'état actuel.

GORÉE.

Nous devons tout d'abord reconnaître, pour rendre hommage à qui de droit, que l'île de Gorée est depuis longtemps plus heureusement partagée que celle de Saint-Louis sous le rapport de l'hygiène. Est-ce parce que plus souvent qu'à Saint-Louis le commandement a été exercé par des officiers de vaisseau ? Je suis assez disposé à le croire, ayant vu tour à tour l'aspect de l'île, alors que le commandement était exercé par telle ou telle arme.

On a, dans le corps principal de la marine, des habitudes d'ordre, de propreté, de surveillance, de contrôle, qui sont indispensables à bord d'un navire, et l'île de Gorée ressemble tellement à un navire,

que les marins doivent s'y croire à bord d'un bâtiment quand le service les y appelle. Il n'y a donc qu'à demander pour Gorée la continuation de ce qui a été fait depuis longtemps pour l'hygiène publique.

Mais faisons remarquer qu'une vigilance de tous les instants est nécessaire, là comme ailleurs, parce que, sous le rapport de cette hygiène, les meilleures habitudes s'y perdent vite et les mauvaises s'y prennent facilement.

Je n'entrerai pas dans de longs détails touchant Gorée, m'étant occupé déjà de cette question dans plusieurs autres mémoires (*Revue maritime et coloniale*, 1872 ; *Journal officiel du Sénégal*, 1873 ; chapitre de la *Topographie de la Sénégambie* dans le livre de la *Fièvre jaune au Sénégal*). Je n'ajouterai donc ici que quelques mots touchant l'hôpital que je dois avoir plus particulièrement en vue.

Hôpital de Gorée.

L'hôpital de Gorée, quoique encore en cours de construction dans ce moment (1875), est cependant assez avancé pour présenter d'excellentes conditions sanitaires, et c'est l'établissement colonial de la Sénégambie pour lequel je voudrais qu'on eût le plus de sollicitude, car c'est celui qui est destiné à rendre les plus grands et les plus efficaces services aux malades de la colonie entière.

L'hôpital de Gorée est formé de deux pavillons parallèles, élevés d'un premier étage sur un rez-de-chaussée, et d'un bâtiment perpendiculaire à ces pavillons, élevé d'un rez-de-chaussée sur caves.

Un des deux pavillons dont l'axe est perpendiculaire à la plage, et dont une extrémité arrive tout à fait au bord de la mer, est de construction toute récente. Tous deux sont parfaitement semblables extérieurement. Celui du nord contient une grande salle de vingt-deux lits, et un cabinet de huit lits au rez-de-chaussée. La même disposition se répète au premier étage. Celui du sud n'a que le premier étage, affecté au service des malades ; le rez-de-chaussée comprend : la tisannerie, la pharmacie et l'établissement des bains.

Ces deux pavillons surmontent de vastes citernes, capables de fournir de l'eau de pluie, pendant toute l'année à l'établissement.

Je voudrais que ces deux pavillons fussent élevés d'un second étage, ce qui augmenterait de soixante lits l'établissement, sans une trop grande dépense de bâtisse.

Le corps de logis perpendiculaire aux pavillons contient un quartier pour les officiers supérieurs, un autre pour les officiers subalternes, un troisième pour les sous-officiers, une petite salle

pour les civils, une salle pour les militaires ; plus, le logement du médecin de garde, le magasin de pharmacie, une lingerie.

J'ai pu, après bien des efforts, obtenir la création d'une galerie couverte sur la façade de l'hôpital qui regarde la mer ; cette galerie qui est un promenoir délicieux de fraîcheur, pendant les heures chaudes de la journée, permet d'arriver à couvert jusqu'au pavillon des lieux d'aisances dont les déjections vont directement à la mer.

Je voudrais que cette galerie du bord de la mer eût ses arcades garnies de nattes, pouvant se replier ou s'étendre comme des rideaux, et j'estime qu'en cas d'épidémie de fièvre jaune, les malades pourraient être couchés là, dans une atmosphère perpétuellement renouvelée, en plein air pour ainsi dire, et par conséquent dans d'excellentes conditions, pour ne pas empoisonner le local qui les contient.

La grande cour de l'hôpital de Gorée contient déjà un grand ficus, planté par les soins du capitaine du génie Parent, en 1851. J'y ai fait planter douze autres arbres de la même espèce, en 1872, en même temps qu'avec mes aides nous faisions des jardins à fleurs, partout où nous trouvions un peu de place. On se fait difficilement une idée en Europe, de l'agrément que la vue retire d'un peu de verdure dans ces tristes pays de la Sénégambie ; et je ne crains pas de dire que nos petits squares arrosés pendant la saison sèche, avec l'eau refroidie qui avait servi aux bains, donnait à l'hôpital de Gorée un aspect de fraîcheur et de gaieté, dont ceux qui étaient avec moi ont senti tout le prix.

Avec les augmentations que je désire, à l'hôpital de Gorée, on arriverait très-facilement à pouvoir y loger deux cents malades en temps ordinaire, et au besoin on pourrait y monter cinquante lits de supplément, sans que les conditions hygiéniques fussent compromises. Cet hôpital serait alors en mesure de jouer le rôle que je voudrais lui attribuer, dans l'avenir de la colonie, c'est-à-dire qu'il pourrait, à mesure que l'hivernage avance, recevoir tous les malades de la Sénégambie, qui pourraient s'y remettre au lieu de végéter tristement dans un *statu quo* morbide, comme ils le font actuellement dans les autres établissements nosocomiaux de la contrée.

Caserne.

A Gorée, les hommes sont logés dans les casemates du castel, ce qui est à mon avis une très-fâcheuse chose, car étouffant de chaleur, macérés par l'humidité pendant l'hivernage, dans ces chambres privées d'air en tous temps, ils sont dans de très-mauvaises conditions hygiéniques.

Il y a longtemps que j'ai émis le vœu que le logement des troupes dans le castel de Gorée, fut constitué par un bâtiment élevé dans la cour (*voir* mon livre *de la Fièvre jaune au Sénégal*, p. 61). Il est à espérer que, dans un avenir prochain, le siége du gouvernement sera transporté à Dakar, et que l'Angleterre nous aura cédé la Gambie. Dans ces conditions la caserne précitée et Gorée seraient appelées à jouer un rôle important dans l'hygiène des troupes de la colonie.

DAKAR.

Dakar est le point qui est destiné à devenir le chef-lieu de la Sénégambie dans un avenir très-prochain, et il faut désirer que ce soit le plus tôt possible, car le siége du gouvernement de la colonie ne se trouvant pas isolé alors du restant du monde par la barre du Sénégal, perdra de son idée de localisation excessive, envisagera tous les intérêts de la contrée d'une manière plus synthétique et plus indépendante, c'est-à-dire donnera à toutes les affaires une impulsion extrêmement heureuse.

Il ne m'appartient pas d'insister sur l'énorme intérêt qu'il y aurait à transporter le chef-lieu de la colonie à Dakar. Dans quelques années, quand la transformation aura été accomplie et que les nouveaux horizons auront été mis à jour plus clairement par le fait de cette transformation, on ne comprendra pas que tant de générations aient passé dans le *statu quo* actuel.

Je n'ai, pour ma part, qu'à m'occuper de la question de l'hygiène, et restant dans ce champ exclusivement, je dirai que Dakar peut prétendre à une salubrité très-heureuse, quand les constructions y auront été élevées en nombre suffisant, et que les terrains y auront été disposés de manière à ne plus présenter les stagnations d'eau qui rendent la localité si malsaine actuellement, à la fin de l'hivernage. L'emplacement sur lequel s'élèvera la ville, étant formé par un vaste plateau, élevé de 19 mètres au-dessus de la mer, et d'une portion inclinée, descendant par une pente très-douce jusqu'à la mer, en conservant longtemps une altitude de 14 à 10 mètres ; on voit que les conditions d'écoulement des eaux sont très-favorables, et, la nature aidant, la ville sera dans de bonnes conditions hygiéniques.

En attendant, il est indispensable que, dans l'avenir le plus prochain, le quai de Dakar soit prolongé jusqu'au delà du point de départ appelé les Aignades, car dans le moment actuel, les plantes marines apportées par les ras de marée de l'hivernage viennent se putréfier sur le bord de la mer et augmenter très-notablement l'insalubrité du pays.

Il faut que les marigots voisins soient drainés et disposés de telle sorte que l'eau de pluie ait une pente convenable. Assurément, on verra alors une ville relativement salubre s'élever sur le cap Vert, et si Gorée peut prétendre à la conservation de sa réputation de point parfaitement sain de la côte, à cause de sa position insulaire, Dakar peut espérer un état assez satisfaisant pour se placer en seconde ligne et très-près de Gorée, sous le rapport de la salubrité relative.

Quant aux marigots de Hann, de Thiaroy et du restant du diander voisin de Dakar et de Rufisque, il ne sera pas difficile, par des travaux de drainage qui n'ont rien de compliqué et qu'on pourra forcer les noirs à accomplir, d'atténuer très-sensiblement leur insalubrité, de sorte que les Européens peuvent espérer qu'avec un peu de bonne volonté, on pourra diminuer très-notablement les influences paludéennes qui existent actuellement sur divers points de de la belle rade de Dakar-Gorée.

RUFISQUE.

Rufisque, qui tend chaque jour à prendre une importance commerciale plus grande, laisse énormément à désirer sous le rapport de l'hygiène publique, et c'est au point qu'à certaines époques de l'année les Européens y sont très-malades. Dans le moment actuel, les causes d'insalubrité sont de deux sortes : d'une part, le peu de propreté inhérente à la nature extemporanée des constructions qui servent d'abri au commerce ; d'autre part, les foyers marécageux qui avoisinent la ville pendant l'hivernage et la première partie de la saison sèche.

Pour ce qui regarde la malpropreté des rues et des habitations, il y a ici absolument parité avec ce qui existe dans toutes les autres localités de la Sénégambie, et nous n'avons par conséquent rien de spécial à dire. Mais il n'en est pas de même pour ce qui est des foyers marécageux qui entourent Rufisque, et qui peuvent très-bien être améliorés par la main des hommes.

Rufisque est entouré, dans plus de la moitié de sa circonférence, par un marigot désigné par les Portugais du XV[e] siècle sous le nom de *Rio-Fresco* et qui a donné son nom à la ville. Ce marigot qui vient s'ouvrir dans la mer auprès de la tour qui est sur la pointe la plus occidentale de la côte voisine, s'étend comme une demi-ceinture recevant l'eau des pluies de tout le voisinage, et particulièrement du quartier appelé Fontaines.

Par le fait de l'existence des ras de marée pendant l'hivernage, il y a obstacle à l'écoulement des eaux douces de l'année. D'autre

part, les ras de marée de mai et juin, jetant dans le marigot de l'eau de mer à une époque où il n'y a plus d'eau douce sur le littoral sénégambien, forment, avant les pluies, un étang salé à l'endroit où bientôt les eaux d'écoulement des terres voisines aboutiront, de sorte que nous trouvons ici plus complétement que partout peut-être ce mélange intempestif d'eau douce et d'eau salée, qui est si propice à la création des miasmes morbigènes.

Il serait possible de faire disparaître ou au moins d'atténuer très-grandement cette disposition fâcheuse et voici comment, à mon avis (Voir le *Journal du Sénégal* et mon *Étude sur la fièvre jaune au Sénégal*, p. 74), il faudrait établir une ouverture en maçonnerie à l'endroit où le marigot débouche dans l'eau aux environs de la tour du télégraphe actuel, et on aurait ainsi un point rétréci pour le passage des eaux, de telle sorte que le courant de sortie des eaux serait assez fort pour maintenir un chenal suffisamment profond en tous les temps.

L'ouverture du marigot étant ainsi déterminée et limitée par une construction, il faudrait faire dans l'axe de la dépression, qui s'étend dans l'intérieur des terres, un canal de quelques mètres de large, quatre ou cinq, dix peut-être, et profond environ d'un ou de deux mètres, de telle sorte qu'on aurait ainsi une rigole assez profonde pour recueillir les eaux qui viennent actuellement stagner sur une surface très-étendue.

Comme complément de ce travail, on planterait des pieux de rônier de manière à faire une sorte de parapet derrière lequel seraient rejetées les terres extraites de la rigole creusée, et au lieu d'un marais parsemé de haut fonds s'étendant très au loin à l'entour de la ville, on aurait une sorte de bassin intérieur qui pourrait peut-être servir de port de chargement pour des chaloupes et dont la surface serait toujours remplie par de l'eau soit douce, soit salée, suivant que les ras de marée auraient apporté de l'eau de mer ou que les pluies auraient produit, dans les environs, des ruisseaux aboutissant à la déclivité du terrain.

Je n'ai pas besoin d'entrer dans plus d'explications au sujet de cette transformation du marigot de Rufisque, les ingénieurs diront mieux que moi comment il faut faire. Il m'aura suffi de signaler ici l'idée qui pourrait améliorer les conditions de la salubrité du pays.

Postes du Cayor, — de la Petite-Côte, — des rivières du Sud.

Pour ne pas donner à mon travail une étendue trop grande, on me permettra de ne pas répéter ici ce que j'ai dit déjà dans la description précitée de la topographie du Sénégal. Les postes du Cayor

et de la petite côte ont d'ailleurs, dans ce moment, une minime importance qui justifie la brièveté de mon dire. Quant à ce qui est des points que nous occupons dans les rivières du sud, nous n'en parlerons pas davantage bien que le poste de Sedhiou méritât, si nous nous basons sur le mouvement commercial atteint, sur le développement qu'il est appelé à prendre dans l'avenir, de nous arrêter plus longuement. Mais comme nous aurions toujours la même chose à répéter et ce que nous avons dit jusqu'ici pour les autres pays lui étant parfaitement applicable, nous pouvons ne pas insister davantage.

DES MOYENS D'EMPÊCHER L'APPORT OU L'EXTENSION DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES DANS LA COLONIE DU SÉNÉGAL.

Avant d'en finir avec l'hygiène publique, nous avons à nous occuper d'un des points les plus importants en même temps que des plus intéressants à étudier, je veux parler des moyens d'empêcher l'apport ou l'extension de certaines maladies épidémiques dans la colonie.

Tout d'abord, posons-nous cette question : quelles sont ces maladies? Or nous savons, d'après ce que nous avons vu précédemment dans la partie médicale de cet ouvrage, que c'est : 1° la fièvre jaune; 2° le choléra; 3° les fièvres éruptives.

Le choléra et les fièvres éruptives qui frappent d'une manière très-sévère les populations indigènes peuvent arriver dans la Sénégambie par la voie de terre. Par conséquent, les mesures quarantenaires, édictées contre les navires venant du dehors, dans la pensée d'en préserver la colonie, seraient le plus souvent illusoires, mais la fièvre jaune ayant pour véhicule sinon exclusif au moins ordinaire, les organismes européens, peut beaucoup mieux être arrêtée au passage quand elle approche de la colonie ou bien même être limitée, séquestrée, isolée de manière à s'éteindre sur place quand il arrive par accident qu'elle est arrivée dans un point quelconque de nos possessions sénégambiennes.

Est-ce à dire que rien n'est à faire pour empêcher l'extension du choléra et des fièvres éruptives ? Non, il est notoire que, pour ces maladies comme pour toutes, les mesures d'hygiène publique qui sont employées, sont utiles même au cas où elles sont insuffisantes, c'est-à-dire, diminuent le nombre des victimes si elles ne font pas disparaître les atteintes et certes l'enjeu de la vie humaine est assez beau, ne s'agirait-il que des individus les plus bas placés dans

l'échelle sociale ou même anthropologique, pour que tout effort fait dans la voie de la protection soit une chose louable.

En conséquence, voici sommairement, et en quelques mots, les moyens qui pourraient être mis en pratique dans les divers points de notre occupation, au cas où soit le choléra, soit une fièvre éruptive grave serait signalée dans les peuplades qui vivent aux environs de la colonie et qui sont souvent en communication avec les Européens.

1° Exiger que les mesures de propreté soient plus strictement que jamais observées dans les rues et les habitations par la population noire; — proscrire même momentanément, si on ne peut le faire pour longtemps, ces coutumes tolérées en temps ordinaire, à savoir : le lavage du linge dans la cour des maisons; le séchage des poissons sur les argamasses; l'entretien des volailles, porcs, moutons, chèvres, bœufs et vaches dans les enclos attenant aux habitations dans les centres un peu populeux et même dans les villages.

2° Établir là où c'est possible une ou plusieurs ambulances où les individus malades, ou bien présentant à peine les prodrômes de la maladie, seraient reçus, examinés et soignés au besoin.— S'attacher à ce que la population, très-disposée déjà à avoir confiance dans nos médecins et nos moyens de traitement, eût un accès facile auprès des hommes chargés de la soigner.— Organiser un service de surveillance sanitaire et de secours rudimentaires à domicile, en couvrant du prétexte des soins à donner aux malades, les manœuvres qui ont pour objet de se tenir au courant de l'état de la propreté des lieux et de la santé de la masse. De cette manière on enlève à ces manœuvres ce qu'elles peuvent avoir de gênant ou de vexatoire pour les ignorants.

3° Faire surveiller les points par où passent les caravanes pour arriver dans les villes ou les postes que nous occupons, et là établir un système d'ambulances et de surveillance sanitaire destiné à arrêter le plus de malades possibles sous le prétexte des soins donnés à ceux qui sont atteints par le fléau.

Certes, je sais bien que ces moyens sont fort imparfaits et impuissants pour empêcher l'arrivée de la maladie dans nos centres de population le plus souvent; mais il est incontestable que, quelque faible que soit la défense, elle a toujours son utilité, et si elles ne font pas tout ce qu'on voudrait obtenir, les mesures de précaution et d'assainissement relatif des locaux, des voiries et des villes, auront assurément de bons résultats matériels, en même temps que leur effet sur le moral des populations affolées par la peur sera extrêmement efficace.

Il ne faut pas croire que, pour l'établissement des ambulances rudimentaires dont il est question ici, il faille de grandes dépenses de médicaments et surtout un personnel médical bien nombreux; car, avec quelques médicaments usuels et peu coûteux, administrés d'après bonne instruction faite pour le moment par le chef de service de santé de la colonie, les officiers et sous-officiers de la garnison assureront le service de ces ambulances avec une intelligence très-suffisante pour obtenir d'excellents résultats, et surtout avec cet admirable dévoûment dont les militaires ont le secret et qui fait souvent des prodiges.

Quoi qu'il en soit, et malgré ce que je viens de dire, c'est surtout la fièvre jaune qui est notre objectif dans ce moment; d'ailleurs nous allons présenter à son occasion la gamme complète des mesures sanitaires à prendre pour préserver la colonie, il sera toujours facile d'appliquer contre telle ou telle autre maladie épidémique qui pourrait survenir telle ou telle partie ou bien encore la totalité de ces mesures sanitaires.

Pour apprécier convenablement l'opportunité des diverses mesures sanitaires à employer contre l'intrusion ou le développement de la fièvre jaune dans la colonie du Sénégal, il faut avoir quelques données historiques sur les diverses épidémies qui y ont été observées; j'ai fait cette étude en détail dans mon livre intitulé : *De la Fièvre jaune au Sénégal* (Paris, Delahaye, 1874), je renvoie à ce livre pour ce que je ne pourrai dire ici et je vais emprunter à cette source les documents dont j'ai actuellement besoin.

Dans l'historique que j'ai fait des épidémies de fièvre jaune, j'ai étudié successivement quelques points que j'ai besoin de rappeler ici pour fixer les idées. Ainsi, par exemple, je me suis demandé : 1° si la fièvre jaune est une maladie éphémère et dont la durée est ordinairement limitée à un seul hivernage à la côte d'Afrique, ou bien si elle apparaît sous formes de bouffées épidémiques durant plusieurs années?

2° Si la maladie est endémique à la côte d'Afrique, ou bien si elle est importée d'Amérique chaque fois ?

3° Si elle peut naître spontanément au Sénégal, ou bien si elle vient toujours du dehors, et dans ce cas si les mesures quarantenaires sont capables de garantir la Sénégambie ?

Je dois présenter ici de nouveau cette discussion :

La fièvre jaune est-elle une maladie éphémère dont la durée est ordinairement limitée à un hivernage seulement ou bien paraît-elle sous forme de bouffées épidémiques durant plusieurs années à la côte d'Afrique. — Il semble oiseux tout d'abord de se poser cette

question, puisque plusieurs épidémies ont duré deux ans de suite dans nos possessions sénégambiennes; mais cependant voyons si pour ces cas on pourrait dire qu'il y a eu par hasard et pure coïncidence, deux épidémies, c'est-à-dire deux atteintes différentes à une année de distance. Ou bien, si on doit admettre que c'est bien la même épidémie qui a eu deux phases d'activité séparées par une morte saison.

Or, si nous remarquons d'une part que la maladie observée en 1763, continua en 1764 et en 1765. — Que la poussée de 1768 dura encore en 1769. Celle de 1778 fit des victimes en 1779. — Que l'épidémie de 1830 était annoncée déjà au bas de la côte en 1828 et 1829. — Que celle de 1837 se prolongea en Gambie pendant 1838. — Qu'en 1858 on pouvait prédire l'arrivée de la maladie pour 1859. — Qu'en 1864, elle reparut pour durer en 1865, 1866 et 1867; nous pouvons déjà, *a priori*, avoir la présomption que c'est par bouffées épidémiques de plusieurs années de durée que se montre la fièvre jaune à la côte occidentale de l'Afrique.

D'autre part, les faits que j'ai cités dans l'épidémie de 1866-67 (Tachon, Remaury, Weber, Maréchal), nous montrent que l'épidémie s'est continuée d'une manière latente, on pourrait dire, pendant la saison fraîche. De sorte que notre présomption est de nouveau corroborée, et de telle manière cette fois que nous pouvons considérer la question comme jugée dans le sens des périodes épidémiques de plusieurs années.

Nous arrivâmes ainsi, dans notre livre précité, à penser que la menace d'épidémie de 1872 n'était que le commencement d'une poussée morbide capable de se prolonger plus ou moins longtemps, et la justesse de notre présomption fut démontrée par ce qui s'est passé pendant l'expédition des Ashantées où les Anglais furent atteints assez sévèrement en 1873; et alors, ne voit-on pas paraître aussitôt la nécessité d'une surveillance très-active pendant quelques années consécutives, dès qu'on parle de la fièvre jaune sur la côte d'Afrique, si on veut garantir nos possessions sénégambiennes contre des éventualités fâcheuses?

La conclusion logique de ce premier point c'est que, lorsqu'une invasion de fièvre jaune est signalée à la côte occidentale d'Afrique, l'autorité militaire et le chef du service médical de la colonie du Sénégal devraient tâcher de se faire renseigner d'une manière exacte sur son intensité, sa marche, sa persistance, ses allures en un mot, et surveiller ses agissements non-seulement pendant l'année de l'apparition, mais pendant la suivante et même celle d'après, n'oubliant pas que l'épidémie a ordinairement des phases d'exacerba-

tion pendant l'hivernage et des phases de repos relatif ou absolu pendant la saison sèche.

2° *La fièvre jaune est-elle endémique à la côte d'Afrique ou est-elle importée d'Amérique chaque fois ?* — Je dois avouer tout d'abord que les documents que nous possédons sont très-insuffisants pour juger absolument la question et qu'il faudra pendant longtemps encore, peut-être, ne baser notre opinion que sur le raisonnement. Néanmoins, je vais essayer de montrer les choses telles que nous pouvons les envisager dans le moment présent, et si nous n'arrivons pas à une conclusion définitive, nous pourrons cependant formuler des présomptions.

Remarquons, avant d'aller plus loin, que ces allures épidémiques, que cette persistance des poussées morbides pendant plusieurs années à la côte d'Afrique, d'une part; d'autre part, que la réapparition de la maladie pendant l'hivernage, quand la saison fraîche avait été indemne, est la chose habituelle dans nombre de pays d'Amérique, que la fièvre jaune visite avec une facilité et une fréquence des plus fâcheuses.

Or cette analogie peut avoir son utilité dans la question, et si nous songeons qu'en Amérique on peut partager les centres d'habitation en deux catégories : l'une formée par le littoral du Mexique, Cuba, où la maladie est si habituelle pendant la saison chaude, qu'on peut la considérer comme endémique; l'autre, comme les Antilles françaises, anglaises et hollandaises, les Guyanes, le Brésil au sud, les plaines méridionales des États-Unis au nord, où elle ne se montre que par intervalles et qui sont comme des points extrêmes, que l'incendie n'atteint que lorsque certains concours de circonstances le permettent, il nous vient aussitôt à l'idée de rechercher s'il y a quelque chose de semblable sur la côte occidentale d'Afrique.

Eh bien, l'examen des faits nous porte à penser que Sierra-Leone est un pays analogue à la côte du Mexique et à Cuba, pour la fièvre jaune. En effet, il est extrêmement fréquent d'apprendre que le typhus amaril fait des ravages dans ce pays. Notons même qu'il est infiniment probable que nous n'avons connaissance de la présence à Sierra-Leone de ce typhus amaril, que lorsque toute dissimulation est impossible ; car nous savons que les Anglais ont, ou, au moins, ont eu jusqu'à ces dernières années une répugnance invincible à avouer l'existence de la fièvre jaune dans tous les pays et surtout chez eux ; obéissant ainsi à un sentiment intéressé et dicté par le désir de ne pas apporter des entraves à leurs transactions commerciales.

Sierra-Leone est-il le seul pays où la fièvre jaune soit aussi fréquente à la côte d'Afrique ? Je crois que non. Je suis très-porté à penser que la plupart des pays qui sont sur la Côte-d'Or, des Palmes, des Graines, du Benin, sont dans le même cas; seulement, ces pays, étant des centres de population européenne infiniment moins étendus, ne présentent pas la maladie avec la même fréquence.

Qu'on me permette une comparaison, pour bien montrer ma manière de voir : L'incendie existe dans tous ces pays, seulement ici il trouve un aliment plus copieux, là il ne rencontre que peu de choses à dévorer. Aussi a-t-il à Sierra-Leone une intensité et une réputation qu'il acquerrait demain sur toute la côte précitée, si un nombre suffisant d'Européens venait s'y fixer. Les faits observés à maintes reprises dans nos postes et ceux plus récents de l'expédition anglaise contre les Ashantées me semblent une preuve puissante en faveur de mon opinion.

La maladie pousserait donc son excursion jusqu'à la Gambie, jusqu'au Sénégal, suivant que le courant humain le favoriserait ou non dans sa tendance extensive, et nous serions au Sénégal dans les conditions du Texas et de la Louisiane, des Antilles et du Brésil, c'est-à-dire au premier rang des pays susceptibles de recevoir ces épidémies sans cependant que la fièvre jaune y fût endémique.

Cette analogie topographique nous fait comprendre les fréquentes atteintes du Sénégal. Elles sont comparables aux atteintes des Antilles françaises et la raison qui n'a fait durer qu'une année les épidémies de 1837 et 1859 pourrait alors être trouvée peut-être dans le petit nombre d'Européens présents à la colonie au moment où la maladie se montra, c'est-à-dire dans le peu d'intensité des relations commerciales.

En effet, en 1778-79, la Sénégambie était dans une période florissante, les Européens y étaient nombreux et nous voyons le foyer s'éteindre pendant la saison fraîche, pour reparaître l'année d'après.

En 1837, la colonie était à peu près réduite aux deux points isolés de Gorée et de Saint-Louis; végétant d'une vie toute locale et peu active, l'épidémie a facilement le temps de s'épuiser en quelques mois d'hivernage.

En 1859, quoique l'ère d'extension et de prospérité fût commencée au Sénégal, depuis 1854, les résultats matériels étaient encore à l'état embryonnaire; au Cap-Vert, Dakar et Rufisque n'existaient que de nom et la maladie n'y trouva pas un foyer d'extension commode, aussi s'éteignit-elle comme les deux fois précédentes.

En 1866, les conditions étaient changées; l'activité était compa-

rable à celle qui régnait en Sénégambie, au temps de la compagnie des Indes et nous voyons le mal durer deux ans.

Il est à craindre que, dans l'avenir, la fièvre jaune ne suive au point de vue de la ténacité et de la durée des épidémies, une marche parallèle au développement du commerce, et je ne crois pas être un prophète de malheur, en présageant que, dans un avenir prochain, les possessions françaises de la côte occidentale d'Afrique seront absolument comparables à nos Antilles, au point de vue du typhus amaril.

A ce raisonnement, on peut m'objecter que l'épidémie de 1830 aurait dû alors durer plus d'un an, car il est incontestable qu'en 1830, la Sénégambie avait une vie plus active qu'en 1837. Les efforts faits en 1819 par le colonel Schmalts à la reprise de possession, ceux qu'on tenta en 1823, par les tentatives de culture, avaient, j'en conviens, produit leur semence de prospérité de la colonie dès 1827 et 1828; mais cependant, au moment de l'arrivée de l'épidémie en 1830, la population européenne était encore fort peu abondante relativement, puisque nous savons qu'il n'y avait que 150 Européens à Gorée et 600 à Saint-Louis; notons d'ailleurs que tous furent atteints dans les premiers mois, de sorte qu'il restait peu d'aliments à l'épidémie l'année d'après.

Il y a une autre raison qui vient, il me semble, nous autoriser à penser que la fièvre jaune est peut-être endémique sur la côte d'Afrique. C'est que nous trouvons dans le livre de Lind,— dans *le second rapport sur la fièvre jaune, présenté aux chambres anglaises,* — des faits qui semblent prouver péremptoirement que des navires ont pris la maladie à Sierra-Leone, pour la porter aux îles du Cap-Vert, aux Antilles, et sur le continent américain même. Par conséquent, il semble que nous pouvons penser que toutes les épidémies de fièvre jaune qu'on a observées à la côte d'Afrique n'ont pas été apportées d'Amérique.

Je sais bien, je le répète, que les documents que nous possédons sur la question de la transmission de la fièvre jaune sont très-insuffisants à l'heure qu'il est; que la question ne pourra être abordée avec quelques chances de succès que lorsque le livre de M. Moreau de Jounès sur les épidémies de fièvre jaune aura eu pour complément une étude très-minutieuse, recherchant quelles étaient les relations entre tels et tels pays à tel moment donné; qu'en un mot, il faut que quelqu'un fasse pour le typhus amaril ce que M. Fauvel a fait dans son très-remarquable livre pour le choléra, ce que Mélier fit en 1865, pour l'épidémie de Saint-Nazaire. Mais jusque-là, il me semble que, pour rendre la question plus facile à discuter et les

conclusions pratiques plus claires, nous pouvons accepter cette hypothèse comme si elle était démontrée, quitte à l'oublier le jour où nos connaissances seront plus complètes et mieux arrêtées sur la question.

Ce que je viens de dire touchant l'endémicité possible de la fièvre jaune à la côte d'Afrique et touchant la fréquente répétition des épidémies pendant deux ou plusieurs années, paraîtra peut-être d'une longueur inutile dans ce travail, et cependant c'est intentionnellement que je viens de m'occuper de cette question, je dois en donner la raison.

Je voudrais bien convaincre et les autorités et les médecins de la probabilité de fréquentes apparitions de la fièvre jaune en Sénégambie, pour qu'on s'occupât une fois sérieusement d'elle et qu'on fît à son sujet ce qu'on a fait aux Antilles, par exemple, c'est-à-dire, qu'on prît soin de disposer des lazarets, pour localiser la maladie apportée du dehors ; qu'on organisât très-solidement le service sanitaire, pour garantir la colonie efficacement de l'importation du fléau ; enfin que l'on adoptât en principe telles mesures, pour le cas de la venue des épidémies, considérée comme éventualité possible, fréquente, prévue, au lieu de rester désarmés devant les diverses atteintes, comme on l'a été jusqu'ici.

Et qu'on ne s'y méprenne pas, mon expérience de la maladie et du pays me permettent de le dire avec assurance : Cette question de création et de réglementation des moyens de combattre, de limiter, d'éteindre la fièvre jaune à un moment donné, est intimement liée à la vie même de la colonie. Si on ne prend pas des mesures efficaces, il arrivera de temps en temps des malheurs d'autant plus fréquents et plus grands que les relations commerciales seront plus nombreuses à la côte d'Afrique.

Après avoir étudié l'histoire du pays avec quelque soin, je ne suis pas éloigné de l'idée que c'est l'épidémie de 1830 qui, frappant les Européens d'une manière effrayante, dépeupla le Sénégal des gens actifs et intelligents qui formaient les fils de ses relations commerciales.

Cette épidémie fut, soit par la mort des uns, soit par l'effroi des autres, soit enfin par le découragement du restant, cette épidémie, dis-je, fit tomber la colonie dans cet état de vie précaire et besogneuse qui a duré jusqu'à l'ère de 1854. Le commerce du pays, presque abandonné par les Européens, resta en effet pendant ce temps entre les mains de quelques mulâtres et quelques noirs ; ces indigènes peu intelligents, incapables de conceptions larges et pratiques, firent faire d'autant moins de progrès au pays que leur nom-

bre était très-faible et surtout parce que leur instruction était nulle. La Sénégambie retomba donc un peu dans ce triste état, qui survient dans un pays neuf quand l'élément actif étranger est tout à coup supprimé ou se retire brusquement.

Or, rien ne nous garantit d'un accident pareil dans l'avenir si on ne se préoccupe très-sérieusement de la question de se préserver de la fièvre jaune en Sénégambie. Il faut à tout prix prendre des mesures si nous ne voulons pas nous exposer à voir tous les efforts de la métropole échouer au fur et à mesure dans cette malheureuse contrée.

N'oublions pas qu'il ne faudrait guère plus de deux ou trois épidémies survenant à certains moments critiques dans la vie du pays pour faire avorter encore telle tentative, tels efforts et condamner la colonie à végéter perpétuellement au lieu de prendre le développement régulier et rapide que sa position et ses richesses naturelles lui permettent d'espérer ;

3° *La fièvre jaune prend-elle naissance au Sénégal sur les lieux mêmes ou vient-elle du dehors, et dans ce cas les mesures quarantenaires sont-elles capables de garantir la Sénégambie ?* — Après tout ce que je viens de dire, il semble qu'on doit admettre que la fièvre jaune est toujours importée au Sénégal et qu'elle ne s'y développe jamais spontanément ; mais comme l'opinion contraire a été soutenue, comme nous avons cité dans notre livre *Sur la Fièvre jaune au Sénégal*, certains faits qui sont sujets à interprétations différentes, nous avons besoin de remettre ce point en discussion, afin de chercher à y apporter toute la lumière possible.

Cette discussion aura une utilité, j'espère, elle mettra peut-être en saillie ce fait précis sur lequel je voudrais appeler l'attention d'une manière bien arrêtée, c'est que :

1° Toujours la maladie est venue à Gorée par le fait d'une insuffisance ou d'une négligence des moyens sanitaires propres à préserver la Sénégambie ;

2° Toujours la maladie s'est étendue du Cap-Vert jusqu'au chef-lieu par la même raison. Ceci implique naturellement qu'en prenant des précautions, qu'en employant une vigilance très-grande et suffisamment continuée, on pourra garantir la colonie désormais, sinon toujours, au moins dans la grande majorité des cas.

Après l'expérience que j'en ai faite en octobre 1872, il me semble que cette préservation sera même relativement facile et que lorsqu'une imprudence, une fausse manœuvre n'ouvrira pas la porte, il ne sera pas impossible à l'activité humaine de défendre au typhus amaril l'accès de la Sénégambie.

Faisons la récapitulation des diverses épidémies pour faire saillir la vérité de ce que je viens d'avancer.

ÉPIDÉMIES DU SIÈCLE DERNIER.

Nous n'avons que des renseignements trop vagues dans les épidémies du siècle dernier pour nous arrêter longuement sur elles et devons borner nos investigations à celles qui ont désolé le pays depuis 1830.

1830

Nous avons vu précédemment qu'en 1828, ou au moins en 1829 des bruits d'épidémie au bas de la côte avaient couru très-sérieusement; or, nous ne voyons dans les récits de cette époque aucune trace d'une mesure sanitaire quelle qu'elle fût pour garantir Gorée. L'île est ouverte à tous les navires qui, en 1828 et 1829, apportent des malades de toute provenance et de toute gravité sans qu'on s'en défende d'une manière quelconque.

Quand l'épidémie éclate, c'est à peine si on prend ces précautions hygiéniques banales qui ont une utilité fort secondaire, et qui sont toujours insuffisantes; pas une seule tentative de dissémination des troupes, de destruction des foyers d'infection. On est à bon droit étonné que tout le monde n'ait pas été atteint et ne soit pas mort même dans cette funèbre aventure qui frappa du reste 144 individus sur 150.

L'expérience terrible qui se faisait à Gorée ne sert aucunement pour Saint-Louis qui reste désarmé en face du fléau. Les noirs étaient atteints à cette époque et le danger plus grand que jamais par conséquent; cependant nous voyons que le marché continuait à être un cloaque infect au centre de la ville. Les individus entassés dans des cases étroites, les abords du fleuve étaient sordides; bref, depuis deux mois que la menace de fièvre jaune était immense en Sénégambie, aucune disposition n'avait été prise pour éviter, ou au moins pallier l'atteinte.

Les troupes sont frappées dans leurs casernes, alors qu'on eût pu les préserver, peut-être en totalité ou en partie au moins, par une dissémination effectuée à l'avance. En un mot, cette épidémie est peut-être le type de l'inaction des hommes devant le fléau. Aussi ne sommes-nous étonnés que d'une chose : c'est que le nombre des victimes, tout considérable qu'il est, n'ait pas été plus grand.

Mais les opinions émises en 1830 sont si affirmatives, Catel, Calvé, Chevé disent si catégoriquement que les épidémies de Gorée et de Saint-Louis se développèrent sur place, que l'importation ne joua

aucun rôle, qu'il nous faut entrer plus avant dans la discussion des faits. Une affirmation sommaire en sens contraire ne saurait suffire, il faut analyser les divers points de la question pour justifier nos conclusions.

Chevé nous indique qu'en 1828 et 1829 une affection maligne avec vomissements noirs avait ravagé la côte de Guinée, depuis l'île du Prince jusqu'en Gambie et qu'elle s'était arrêtée à la fin de l'hivernage à Sainte-Marie de Bathurst, distante de trente lieues au sud de Gorée. Il n'hésite pas, cependant, à rattacher l'invasion de la fièvre jaune à une insolation contractée par plusieurs personnes au même jour et à la même heure.

Son idée est si improbable qu'on ne comprend pas comment il s'y est arrêté. En effet il n'est pas rationnel d'admettre qu'une insolation, maladie essentiellement individuelle, non transmissible, peut devenir une fièvre jaune ayant pour caractère une transmissibilité très-remarquablement facile.

Pour appuyer son dire, Chevé affirme que depuis longtemps aucun navire n'était venu du dehors et particulièrement de Gambie, preuve absolue pour lui que la maladie est née spontanément dans l'île sans y avoir été apportée. Or, si la fièvre jaune avait régné en 1828 et à la fin de l'hivernage de 1829, déjà, pourquoi ne pas penser qu'elle avait été arrêtée en Gambie, par l'arrivée de la saison fraîche, et qu'en 1830 lorsque les chaleurs recommencèrent, les germes de transmission reprirent leur puissance et rallumèrent l'incendie, absolument comme nous verrons la chose se produire après l'épidémie de 1866.

Cette particularité que la fièvre jaune éclate le jour de la Fête-Dieu, et frappe une catégorie bien déterminée de gens : ceux qui appartenaient à l'hôpital, peut nous fournir peut-être un indice précieux. En effet pour faire le reposoir de cette procession, on avait sorti du magasin, comme la chose se fait toutes les années et aujourd'hui encore, des tentures, des objets d'ornement qui y sont enfermés tout le restant de l'année, et qui n'avaient pas été touchés depuis l'hivernage précédent. Les sœurs, quelques convalescents de bonne volonté, avaient été employés à ce travail, et je puis dire, par analogie de ce que j'ai vu, que depuis une semaine ils s'y étaient occupés.

Ne pensera-t-on pas, comme moi, qu'ils prirent à cette occupation la maladie comme ces désarrimeurs de *l'Anne-Marie* prirent la fièvre jaune à Saint-Nazaire ; comme mille fois des malheureux ont contracté la maladie à Barcelone, Cadix, etc., et surtout dans les épidémies moins bien connues du Nouveau-Monde.

On peut opposer à notre dire deux objections :

1° Que les médecins qui étaient à Gorée en 1828 et 1829 auraient appelé la maladie de son nom, si c'eût été la fièvre jaune;

2° Que Chevé aurait été moins affirmatif si le moindre doute eût été dans son esprit.

Mais ces objections ne sont pas irréfutables et, en effet, pour ce qui est de la première, disons qu'en 1829 Gorée était un bien petit point d'occupation dont l'hôpital avait en tout vingt-six lits, de sorte que ce n'était pas un médecin bien élevé dans la hiérarchie, c'est-à-dire fort instruit, qui en était chargé, et nous savons par expérience combien de fois on a vu hésiter les médecins à donner ce nom de fièvre jaune à une ou plusieurs atteintes de la maladie, tant à cause des conséquences que cette appellation aurait, qu'à cause de l'obscurité des symptômes.

Nous en avons un exemple frappant à Gorée même en 1859, où trois chefs de service plus élevés alors dans la hiérarchie, plus âgés et par conséquent plus capables de formuler une opinion catégorique, restèrent deux mois avant de reconnaître la vraie nature du mal. Un d'eux mourut même sans avoir voulu croire que la maladie qui l'emportait était réellement la fièvre jaune.

Si nous lisons attentivement la thèse de Chevé, nous voyons que le nom de fièvre jaune n'a été donné à l'épidémie de 1830 qu'à *posteriori* pour ainsi dire, et pour nous donc, cette première objection ne nous paraît pas acceptable.

Quant à l'objection que Chevé, Calvé et Catel eussent été moins affirmatifs en faveur du développement spontané, si le moindre doute eût régné dans leur esprit et ce doute eût existé si les faits de 1829 avaient été tels que nous les imaginons, elle ne saurait non plus nous arrêter. En effet, souvenons-nous que la génération de Chevé, imbue de certaines opinions d'école et du moment, était anti-antagoniste et qu'à cette époque-là les passions se traduisaient par des affirmations absolues trop souvent, de sorte que nous ne pouvons prêter une croyance aveugle à ce qu'ils nous disent et malgré leur opinion très-accentuée.

D'ailleurs ne suffit-il pas de lire les travaux mêmes de Catel, Calvé et Chevé, pour avoir une opinion contraire à la leur ? En effet, tandis qu'ils s'évertuent à chercher dans la chaleur, l'état météorologique, l'insolation, la malpropreté de la ville, les éléments de génération spontanée de la maladie soit à Gorée, soit à Saint-Louis; ils nous disent, sans y attacher d'importance, qu'en 1829 les noirs de la Gambie avaient été décimés par la fièvre jaune, qu'en 1830, ceux de la Grande-Terre succombèrent d'une manière effrayante, puisque des

villages furent dépeuplés entièrement de leurs hommes et même de leurs animaux.

Ils nous font suivre les progrès de la maladie de village en village, presque, de Dakar et de Ben jusqu'à Guet-N'dar. Ils nous montrent que la première atteinte à Saint-Louis est observée chez une femme qui a passé une heure au marché au milieu des nègres. Le second cas se développe chez la femme qui soigne la première; puis c'est aux environs du marché que les premières maisons présentent des malades, et ils continuent à ne pas voir là une transition de proche en proche.

Ils sont illogiques, il me semble, là, comme quand ils nous disent qu'un boutiquier meurt de la fièvre jaune, que sa boutique est mise sous le scellé pendant un certain temps; qu'à l'expiration du délai voulu, le greffier du tribunal chargé de l'inventaire se trouve mal dans cette boutique sous l'influence des odeurs qu'il y rencontre, s'alite et meurt de fièvre jaune; mais que ce fait ne peut pas être imputé à une contagion directe, et bien au contraire doit être rattaché à l'influence épidémique exercée par l'atmosphère, les miasmes paludéens ou animaux ayant acquis la propriété de donner la fièvre jaune éventuellement et par hasard.

Ainsi, de l'analyse de ces divers travaux et de l'étude entreprise sans parti pris des faits cités par Catel, Calvé et Chevé, j'ai la conviction bien arrêtée que la maladie ne fut cette fois, comme en 1778 et ultérieurement, que le résultat de la marche progressive vers le nord d'une épidémie observée d'abord dans l'Afrique équatoriale, et nous pensons que l'explosion eut pour cause à Gorée : soit A. une importation du moment, c'est-à-dire provenant ou bien des noirs du village voisin contaminé ou bien d'un navire arrivé depuis peu de Gambie; soit B. d'une importation plus ancienne, datant par exemple de la fin de l'hivernage de 1829 et restée à l'état latent, faute de certains éléments de propagation pendant la saison fraîche, éclatant quand certaines conditions favorables s'y prêtèrent.

Pour Saint-Louis, la transmission de proche en proche par les villages nègres du littoral me semble une chose si clairement démontrée qu'il est oiseux d'insister davantage sur ce point.

1837

En 1837, nous voyons encore que l'oubli le plus absolu des précautions les plus simples préside à l'invasion de la maladie. En effet, le docteur Dupuis est appelé à la hâte en Gambie, où la fièvre jaune faisait de nombreuses victimes, et quand il revient, le 21 juillet, il dit non-seulement à quelle maladie il a eu affaire, mais encore il

prévient qu'on ait à prendre garde. Cependant voilà que, le 12 août, un caboteur arrivant de Gambie avec de nombreux Européens malades de la fièvre jaune, est admis en libre pratique sans aucune hésitation, et ses passagers introduits à l'hôpital au milieu d'un nombre d'individus valétudinaires, c'est-à-dire dans le terrain le plus propice à la transmission de la maladie.

Vraiment on eût voulu faire éclater la fièvre jaune à Gorée qu'on n'eût pas agi autrement.

En 1837, la maladie ne s'étendit pas à Saint-Louis pour deux raisons : La première, c'est que les relations entre Gorée et le chef-lieu étaient très-restreintes et que le nombre des communications fut très-limité; par conséquent les chances de la transmission étaient peu fréquentes. La seconde raison est dans la saison avancée et la précocité de la venue des fraîcheurs qui arrêtèrent la maladie, en diminuant et son pouvoir de transmission et son intensité léthale.

La colonie sénégambienne était, à ce moment, à son minimum d'extension, si on peut s'exprimer ainsi, aussi cette épidémie trouva moins d'éléments de propagation. Elle fut comme un incendie qui n'aurait pas rencontré de nombreux aliments d'activité, aussi est-elle la plus restreinte de celles qui sont venues à notre connaissance.

N'oublions pas de noter en passant que quelques malades de Saint-Louis présentèrent, à cette époque, des phénomènes insolites. Il y a là un élément que nous avons eu à reprendre ultérieurement, au point de vue purement médical, dans notre étude précitée sur la fièvre jaune au Sénégal, mais qui actuellement ne présente aucun intérêt direct.

1859

En 1859, nous voyons encore la maladie poindre au loin avant d'atteindre Gorée. En effet, en 1857, le docteur Salis prévenait qu'il avait eu à combattre la fièvre jaune à Grand-Bassam; mais l'apparition ou plus exactement l'augmentation récente des cas de fièvre bilieuse mélanurique fit penser aux médecins du Sénégal que le docteur Salis avait mal vu et s'était trompé.

Aussi, lorsqu'au mois de juin, sous la pression des nouvelles de la Gambie, des mesures de précautions furent décidées pour garantir l'île, nous voyons un règlement très-bien imaginé en principe, être mis au jour, mais de là à la pratique quelle distance n'avons-nous pas à constater? Peut-être que dans les premiers jours on veilla sérieusement, mais du mois de juin au 9 août la surveillance se relâcha.

C'est au point que *le Rubis*, navire de l'Etat, ayant un médecin à

bord, arrive de Gambie avec la maladie et il est admis sans hésitation en libre pratique. Les malades qu'il apporte sont reçus sans retard à l'hôpital comme en 1837 et nous ne pouvons pas nous étonner de l'apparition consécutive de la maladie dans l'île de Gorée.

Saint-Louis, prévenu par le désastre de Gorée, songea assez tardivement à se garantir, et fut peut-être épargné grâce à ses précautions; j'ai cependant lieu de penser que c'est comme en 1837 grâce à un heureux concours de circonstances que l'épidémie ne se généralisa pas à cette époque, et je ne puis m'empêcher de croire qu'il y eut de grandes imprudences commises quand je vois que le navire *l'Etoile* venant de Gambie et de Gorée, apporta, sans avoir été mis en quarantaine, un malade de fièvre jaune qui vint mourir à l'hôpital.

1866

En 1866, c'est toujours par Sierra-Leone et la Gambie que la maladie débute. Elle se montrait alors dans ces pays comme en 1859, mais jusqu'au 1er mai 1866 on ne s'en préoccupa pas au Sénégal. L'expérience du passé n'avait donc rien appris, aussi pouvait-on prédire que la maladie ferait de nouveau irruption dans notre colonie.

Le 1er mai, la commission sanitaire arrête encore un ensemble de mesures très-large et très-complet; mais la surveillance effective était loin d'égaler la rigueur du règlement écrit. Aussi voyons-nous en juillet un navire de l'Etat arrivant du Gabon, où la fièvre jaune avait régné, être admis en libre pratique sans aucune hésitation. Cette imprudence ne fut cependant pas pernicieuse.

Le 13 août 1866, nous voyons encore un caboteur venir de Gambie où régnait la fièvre jaune ; il était porteur d'une patente brute et cependant il est admis tout d'abord en libre pratique. On ne s'apercevait de la fausseté de la déclaration verbale du patron que lorsque des communications avaient eu lieu déjà entre le navire et la terre. On se hâte alors, il est vrai, de mettre le navire en quarantaine, mais remarquons combien la surveillance était illusoire et combien il était puéril de penser que cette mesure de trois jours d'observation qui lui fut imposée serait efficace.

Le jour même où cette *Marie-Antoinette* achevait sa trop courte quarantaine, le navire *la Fauvette* terminait de son côté une très-insuffisante observation de trois jours qui lui avait été prescrite. Elle avait des Européens à son bord et le bon état de santé de ses passagers était si peu vérifié qu'un d'entre eux est apporté malade de la fièvre jaune à terre. Il est soigné par le chef du service lui-

même qui ne fit pas séquestrer aussitôt le local et son habitant, qui ne fit pratiquer aucune opération de désinfection soit du navire, soit des parties contaminées de l'île.

Je ne sais vraiment ce qui doit avoir la priorité de la tristesse que fait naître le souvenir de cette épidémie ou de l'étonnement qu'il inspire! Toujours est-il que cette dernière imprudence fut fatale et que la fièvre jaune fit une nouvelle irruption à Gorée.

Nous reste-t-il la force de déplorer que la quarantaine ait été violée à Carabane, à Sed'hiou, quand nous voyons ce qui s'est passé à Gorée? Pour ma part, j'avoue que je suis si peiné d'avoir à constater cela que je passerai sous silence ce que m'inspire ce fait particulier de la Casamance, car c'est un très-infime détail dans la question générale.

En somme, il eût été si facile sinon peut-être de garantir le pays, au moins de faire quelque chose de sérieux pour empêcher le fléau d'arriver. Non! on le laissa venir tranquillement et d'une manière d'autant plus sûre que rien ne fut fait pour le combattre.

Des mesures ont été décrétées par les diverses autorités de l'époque pour lutter contre l'épidémie. Après avoir bien réfléchi à ce qui s'est passé, après avoir instruit sur les lieux ce procès pour ma conviction personnelle, je crois pouvoir affirmer que rien ne fut fait réellement en pratique. En veut-on une preuve matérielle irrécusable? Dans l'hivernage de 1872, j'ai été consulté pour savoir si on pouvait toucher sans danger à des coffres de matelots du commerce morts en 1866 de la fièvre jaune à l'hôpital de Gorée, et dont les effets étaient restés depuis cette époque dans le magasin de l'établissement, au milieu des effets des malades de tous les jours.

Je répondis que l'époque était inopportune, qu'il fallait attendre le moment le plus frais de l'année, le mois de février par exemple, pour détruire ces objets. Je ne serais pas étonné qu'à cette heure ces objets fussent encore à la place où ils ont été déposés en 1866, exposant l'île à une contagion dont on ne trouverait peut-être pas l'origine si elle éclatait demain.

Nous voyons, pendant la saison fraîche, quelques cas de fièvre jaune établir la continuité d'imprégnation du pays, si je puis m'exprimer ainsi, et on ne fait rien pour éteindre ces étincelles qui menaçent si grandement le pays pour l'hivernage d'après. En effet, les meubles, la literie, les effets de Remaury, de Tachon, de Weber, ne sont l'objet d'aucun assainissement et restent là pour faire de nouvelles victimes, dès que quelqu'un s'approchera de leur sphère d'émission morbigène.

1867

L'hivernage de 1867 s'annonçait, nous l'avons vu, d'une manière sinistre, par la mort rapide et inattendue de deux habitants qui avaient apporté la maladie de Rufisque. Rufisque est mis en quarantaine vis-à-vis de Gorée, et un médecin y est envoyé pour faire exécuter les mesures d'hygiène préservatrice jugées nécessaires. Mais pouvons-nous penser que le service sanitaire se faisait bien dans ce moment, quand nous voyons que le navire *le Furet*, qui a été accusé d'avoir porté la fièvre jaune à Saint-Louis, avait communiqué avec Rufisque en partant de Gorée pour venir au chef-lieu, et que cette communication avec un pays contaminé n'avait pas été consignée sur sa patente?

Ce fait était grandement important cependant dans le moment, car vraiment à quoi bon décréter une quarantaine entre deux points de la baie de Gorée, si cette quarantaine devait avoir de pareilles lacunes?

Grâce à toutes les conditions fâcheuses que nous avons énumérées précédemment, la fièvre jaune reparaît bientôt à Gorée, et alors commence une nouvelle série de mesures qui devaient introduire la maladie à Saint-Louis cette fois.

La première fut de faire embarquer à la hâte la garnison entière de Gorée sur deux navires, *l'Etoile* et *le Crocodile*, qui l'apportèrent à Saint-Louis. On fit ainsi tout le contraire de ce qui est recommandé vulgairement dans les lois de l'hygiène : *ne pas entreprendre de grands mouvements de troupes quand on est en temps d'épidémie.*

On me dira que c'était de la dissémination. Non assurément. C'était au moins de la dissémination très-mal comprise et surtout plus mal exécutée encore. En effet, depuis le 1er août, au moment où M. Weber était arrivé à l'hôpital de Gorée, il fallait considérer l'île comme contaminée et se bien garder de faire communiquer la population ou la garnison avec les pays qui étaient encore sains.

Au contraire, on télégraphie à Gorée d'expédier la garnison sur l'heure, et voilà que les individus qui étaient sortis de l'hôpital le 1er, le 2 le 3 août, c'est-à-dire qui avaient passé un, deux ou trois jours au contact de la contagion, vont se mêler aux hommes sains, au grand danger de les infecter de la plus terrible manière.

D'autre part, il est incontestable qu'un certain nombre d'individus qui étaient à l'hôpital et qui y seraient restés encore, quoique peu malades, sortirent de l'établissement à la nouvelle de l'ordre du départ; ceux qui seraient entrés le 4 ou le 5 août à l'hôpital n'y

entrèrent pas pour suivre leur compagnie et on comprend alors facilement comment ces troupes purent être un agent puissant de transmission morbide.

Il est dit dans les documents écrits que ces troupes furent disséminées à leur arrivée à Saint-Louis et mises en groupes séparés qui ne communiquaient pas entre eux. La population entière de Saint-Louis se souvient que les avisos vinrent d'abord mouiller devant la ville et que leurs passagers avaient des relations de personnes, sinon au grand jour, au moins d'une manière très-positive, avec le restant des habitants.

N'avons-nous pas dit précédemment que les passagers de France venus de Dakar sur *l'Etoile* avec la garnison de Gorée, c'est-à-dire, ayant passé au moins trente-six heures dans un milieu aussi favorable à la transmission qu'un navire petit et encombré, purent débarquer à Saint-Louis et se mêler intimement à la population et à la garnison ?

Ce n'est pas là un fait isolé ; nous pourrions citer nombre de circonstances de cette épidémie où des imprudences furent commises. Ici, ce sont des navires en quarantaine qui communiquent avec le pays. Là, c'est un autre navire qui, tout en partant d'un point contaminé, n'est mis en quarantaine qu'après avoir déposé ceux qu'il devait laisser débarquer. Plus loin, c'est un convoi de troupes saines qui va camper près d'un groupe de malades à Gandiole, et les hommes d'un campement vont voir des camarades dans l'autre. Peut-on encore s'étonner que les prétendues mesures de précaution aient été absolument illusoires ?

J'espère qu'on ne songera pas à arguer de ce que je viens de dire qu'il ne fallait pas envoyer la garnison de Gorée à Saint-Louis qui n'était pas atteint encore, pour soutenir que j'ai plaidé contre la dissémination des troupes, car comme cette dissémination est une précaution d'hygiène admise comme excellente par tout le monde, par moi-même, dans d'autres points de mon travail, on pourrait m'accuser peut-être de m'être contredit ici si on voulait me prêter cette pensée.

Je veux donc insister sur la question pour bien faire comprendre ma pensée : Que, le 3 août, la garnison de Gorée ait reçu l'ordre de partir, rien de mieux à mon avis ; qu'on l'ait éloignée d'un milieu qui allait devenir pernicieux pour les agglomérations d'Européens, c'était une mesure très-sage. Mais la faute, à mon sens, fut de faire porter cette garnison aux environs de Saint-Louis, où elle communiqua dès lors largement avec la population du chef-lieu. Il eût fallu envoyer cette garnison soit au cap Manuel, soit la diriger sur

Portudal et la maintenir dans un lieu isolé jusqu'à la fin de l'hivernage, afin qu'elle ne communiquât ni ne reçût la fièvre jaune par le contact avec d'autres hommes.

Rechercherons-nous encore par quelle voie la maladie vint de Gorée à Saint-Louis? non, car dès le moment que nous trouvons à la date du 5 août ce grand mouvement de troupes et l'arrivée au chef-lieu de deux avisos venus de Gorée, il est tout à fait inutile de continuer à se demander si c'est ou non *le Furet* qui fut l'agent de transmission de l'épidémie.

On me permettra de ne pas m'appesantir davantage sur ce point, car je ne veux pas qu'on croie à un désir de ma part de critiquer ce qui fut fait à cette époque. Cependant, que puis-je dire de ces mouvements intempestifs de navires d'hommes qui se firent à ce moment ? Le transport *le Cher* apporte des hommes du Gabon qu'on veut débarquer à Gorée, qu'on vient débarquer à Saint-Louis, qu'on réembarque à la hâte. D'autres navires vont, viennent, hissant ou amenant leur pavillon de quarantaine à chaque instant, comme je l'ai déjà dit et comme on peut le voir dans les écrits du temps. Donc, sans entrer dans plus de détails, je crois pouvoir dire d'un mot que la quarantaine fut très-imprudemment violée dix fois pour une, dans ces moments où la plus grande circonspection aurait dû être observée.

Je ne poursuivrai pas plus loin mon investigation, car j'aurais répéter à chaque instant que la mesure de dissémination fut rendue illusoire partout grâce à d'intempestives communications. Le médecin de Ker-Mandoubé-Kary se demande comment la fièvre jaune a pu arriver dans la garnison de son poste, qui n'a pas communiqué avec le restant de la colonie, et nous voyons que cette absence de communication n'est pas si absolue, puisque l'épidémie succède de quelques jours à l'arrivée d'un convoi de vivres et de ravitaillement parti de Saint-Louis en pleine épidémie. Plus loin c'est un groupe, avons-nous dit, qui passant près de Gandiole, où étaient des troupes atteintes du fléau, communique avec elles. Ailleurs c'est un navire qui a eu récemment la fièvre jaune à bord, qui va visiter la portion de militaires stationnée à Dagana. Bref, tout en disant à chaque instant que la maladie est éminemment contagieuse, qu'il faut avant tout isoler les hommes, et ne pas établir de communications entre les divers camps établis, nous voyons qu'on a communiqué à cette époque, sinon plus qu'en temps ordinaire, au moins infiniment plus que la prudence ne le permettait.

Il m'est profondément pénible de parler de pareilles choses, et surtout je ne voudrais pas qu'on pût arguer de mon idée, qui envi-

sage la question exclusivement au point de vue médical et hygiénique, pour jeter un blâme sur ceux qui commandaient ou conseillaient à cette époque. Mais je dois dire qu'il suffit de voir les écrits du temps pour saisir d'un coup d'œil, aussitôt et toujours, que chacun était mû du meilleur désir de bien faire, et cependant que tout ou à peu près était fait au rebours de ce qu'il eût fallu, pour l'observation régulière des principes de la préservation.

J'ai parlé de ces faits avec une certaine insistance pour montrer que les mesures qui empêchent la transmission et l'extension du mal ne furent pas mises en pratique; je dois ajouter que ces mesures furent négligées le plus souvent, parce qu'on était dans l'alternative de laisser mourir de faim des groupes d'hommes envoyés au loin ou de leur transmettre la maladie en les ravitaillant. Nous pouvons trouver là un enseignement pour l'avenir. En effet, on fut surpris en 1867 par les événements, et l'extension de la maladie fut la conséquence de ce qu'on n'avait rien préparé en vue de l'éventualité de son apparition. Que dans l'avenir les épidémies ne nous surprennent pas ainsi et les malheurs de 1867 ne se représenteront pas.

1872

Il m'est assez difficile de parler de cette menace que le Sénégal a subie en octobre 1872, parce que, d'une part, c'est moi qui ai été l'instigateur des mesures de précautions adoptées dans l'arrondissement de Gorée et, d'autre part, parce que toutes les fois qu'une menace n'a pas été suivie d'effet, on peut toujours objecter qu'elle n'était pas absolument réelle. Cependant je n'hésite pas à m'occuper de cette épisode de l'histoire de la fièvre jaune au Sénégal et je crois que ceux qui étaient présents, c'est-à-dire qui ont vu se dérouler les faits jour par jour, admettront sans conteste que, si nous n'avons pas été très-sérieusement menacés à cette époque, les apparences les plus fâcheuses y étaient au moins.

D'ailleurs, quand trois Européens viennent mourir de la fièvre jaune aux portes de Gorée, peut-on admettre que la maladie n'était pas imminente? *le Baol*, *le Russel*, *le Pélican*, ne sont-ils pas les mêmes navires que *la Marie-Antoinette*, etc., etc...? Ne venaient-ils pas du même pays, ne portaient-ils pas des employés des mêmes maisons de commerce?

Ce serait, je crois, vouloir discuter sans relâche et sur tout, que de ne pas admettre implicitement qu'en 1872, comme en 1866, comme en 1859, comme en 1837, les conditions de saison, de provenance, de moyens de transmission étaient absolument semblables.

En 1872, ma pensée dominante a été, d'une part, la quarantaine pour donner aux passagers le temps de guérir ou de mourir avant de communiquer avec la population sénégambienne, d'autre part, la fumigation des marchandises et des effets pour détruire les germes de transmission.

La quarantaine des individus m'a paru pouvoir être fixée à quinze jours, à partir de la guérison ou du dernier décès.

La fumigation m'a semblé devoir être faite à deux reprises différentes à cinq jours d'intervalle ; ces moyens ont paru excessifs à quelques-uns, ils sont cependant à mon avis à peine suffisants, et je n'ai pas demandé davantage parce que la difficulté matérielle était trop grande à ce moment.

Le jour où Gorée sera muni d'un lazaret bien organisé, je n'hésiterai pas à proposer vingt et un jours de séquestration, à partir de la dernière guérison ou du dernier décès, pour les passagers d'un navire qui a eu des malades ou des morts. Deux fumigations à cinq jours de distance, et le maintien des marchandises au grand air dans des chalands ou sous des hangars dans l'intervalle, pour les marchandises comme les tissus, les matières spongieuses et susceptibles d'imprégnation morbigène.

Pour être complet dans l'appréciation des faits, j'ai besoin d'aborder encore une question : *Que devons-nous penser des cas isolés de fièvre jaune que nous avons enregistrés entre les épidémies proprement dites?*

1° Ces cas appartiennent-ils réellement à la maladie?

2° Ces cas sont-ils de nature à nous faire penser que le typhus amaril peut apparaître à l'état sporadique en Sénégambie, ou bien devons-nous croire qu'il y a là des faits d'une transmission qui ne s'est pas propagée autant que dans les véritables épidémies, de sorte que nous aurions alors en eux soit autant de menaces, soit autant d'avortements d'épidémie de fièvre jaune en Sénégambie?

1° *Les cas isolés que l'on a observés dans l'intervalle des épidémies appartiennent-ils réellement à la fièvre jaune?* — A maintes reprises, je me suis prononcé assez clairement sur leur compte pour n'avoir pas besoin d'y revenir encore longuement, et je puis me borner à dire que nous ne saurions vraiment à quelle maladie rattacher les atteintes dont il a été question si nous repoussions l'idée de la fièvre jaune. Nous nous rattachons donc formellement à l'opinion : qu'il s'agit bien dans ces divers cas du typhus amaril.

2° *Les cas précités sont-ils de nature à nous faire penser que la fièvre jaune peut se développer spontanément et se montrer à l'état sporadique en Sénégambie?* — Qu'on nous permette d'énumérer encore brièvement ces cas pour mieux fixer les idées. Nous avons: 1° le cas du matelot du brick de guerre *le Luron;* 2° ceux du brick marchand *le Jupiter*, suivis de l'atteinte du vérificateur des douanes de Gorée; 3° les faits de *la Bordelaise* (1828); 4° les faits du négrier de 1829, suivis à quelques jours de là d'une petite épidémie de la garnison; 5° les faits du soldat d'infanterie rapporté par le docteur Salva (1841), et du caporal de la même arme, atteint et mort en 1845; 6° le fait du lieutenant d'Herbezy, en 1863; le fait de Barthe que j'ai cité tout au long dans mon travail *Sur la Fièvre bilieuse mélanurique* (chap. II, p. 50) et que j'ai observé moi-même en octobre 1873.

Je passe sous silence les faits de Bakel en 1871, ne voulant pas compliquer inutilement le débat et, par conséquent, le rendre moins précis et moins limité.

Ces faits précités se rangent, on le voit, en deux catégories:

A. Ceux du *Luron*, du *Jupiter*, de *la Bordelaise*, du navire négrier, qui sont manifestement des cas de fièvre jaune importée au Sénégal par des navires qui s'étaient contaminés au bas de la côte, de sorte qu'ils ne peuvent servir à discuter la question de savoir si la fièvre jaune peut se développer spontanément dans le pays.

Remarquons que, pour la plupart de ces faits, il y a eu d'autres atteintes à peu de distance, de sorte qu'on est porté à leur prêter une propriété de transmission assez active. En effet, les cas des matelots du *Jupiter* ne sont-ils pas suivis de l'atteinte du vérificateur des douanes? — Les faits du navire négrier ne sont-ils pas suivis d'une sorte de petite épidémie qui, elle-même, sera considérée peut-être par plusieurs comme le précurseur et la cause initiale de la terrible épidémie de 1830?

B. La seconde catégorie des faits que nous étudions est composée par les faits: 1° du soldat de 1841, 2° du caporal de 1845, 3° du lieutenant d'Herbezy, 4° du civil Barthe, cas dans lesquels la maladie s'est développée sans qu'on ait pu saisir l'agent de transmission.

Or ne voit-on pas aussitôt saillir ce fait très-extraordinaire, qu'aucun de ces cas n'a été l'origine d'une poussée épidémique grande ou petite? — On dirait que leur propriété de transmission était nulle et que, semblables à ces cas de choléra sporadique que l'on observe çà et là en Europe, ils se sont épuisés sur l'individu qu'ils avaient atteint primitivement.

Voilà donc deux séries de faits: Une comprenant des cas qui pro-

viennent manifestement de l'importation et qui paraissent avoir une propriété de transmission notable ; l'autre constituée par des cas qui semblent nés dans le pays même et dont la propriété de transmission a paru nulle jusqu'ici.

A priori, on serait alors assez porté à penser que la fièvre jaune peut apparaître à l'état sporadique en Sénégambie, comme par exemple le choléra dans certaines localités d'Europe, et que dans ce cas elle ne paraît pas se transmettre et constituer ainsi le commencement d'une épidémie, mais c'est là une très-grosse question que nous ne pouvons traiter ici faute d'éléments suffisants de discussion. D'ailleurs il suffit de répéter que ces faits isolés ne paraissent pas présenter la propriété de se transmettre pour qu'ils perdent grandement de leur importance au point de vue de la pratique. Par conséquent, nous pouvons arrêter ici ce trop long historique des apparitions de la fièvre jaune en Sénégambie, et nous occuper de la grande question de la prophylaxie.

Dans le chapitre II de mon livre *Sur la Fièvre jaune au Sénégal* (Paris, 1874), j'ai, comme on a pu le voir, cherché à démontrer :

1° Que la fièvre jaune transmissible ne s'est pas montrée jusqu'ici dans notre colonie, mais y a toujours été apportée du dehors et particulièrement des pays du Sud : Sierra-Leone et la Gambie;

2° Que c'est toujours par le fait de l'oubli et de l'inobservance des précautions sanitaires que le fléau s'est introduit à Gorée;

3° Que c'est du Cap-Vert qu'il s'est répandu dans la colonie.

Je renvoie à ce chapitre précité pour les détails complémentaires à ceux que je viens de donner, et il me reste maintenant, après avoir mis à découvert en détail le mal sans hésitation, à proposer le moyen de le combattre, car ce serait une plainte stérile que de reconnaître que nos devanciers n'ont pas fait tout ce qu'il faut faire, si, à notre tour, nous restions comme eux sans armes en vue de la venue d'épidémies ultérieures.

J'entreprends donc d'énumérer quelles sont les mesures à prendre et je vais envisager les cas qui peuvent se présenter.

Ce que je vais proposer est-il de nature à empêcher l'apparition ou l'extension de la maladie? On comprend que je ne puis y répondre avec une assurance absolue, ou plutôt qu'on ne pourra avoir une opinion faite que lorsque l'expérience aura donné sa sanction; mais cependant, ce que nous avons vu, ce qu'on a vu ailleurs dans des conditions analogues, peut faire croire qu'il est très-probable que les mesures d'insolation et de quarantaine employées avec rigueur et intelligence seront couronnées de succès en Sénégambie comme dans les autres contrées.

Ce que je vais dire comprend-il tous les cas et n'y a-t-il plus rien à ajouter? Je ne saurais avoir cette prétention, et, malgré mes efforts, mon œuvre aura comme toute œuvre humaine le cachet d'une imperfection native. C'est un premier jalon dans la question, une direction donnée, et, à mesure que les événements se dérouleront, l'expérience montrera ce qui est inutile, ce qui est inexact, ce qui est excessif; indiquant ainsi exactement comme conséquence ce qu'il faut faire pour arrêter le mal en produisant la moindre perturbation possible dans la vie de la colonie et dans ses rapports, soit intérieurs, soit extérieurs.

Je ne puis quitter ce point de mon étude sans rappeler que ceux qui avaient mission d'appliquer les mesures sanitaires à Gorée, en 1872, eurent de grandes difficultés à vaincre pour assurer leur exécution : résistance obstinée de la part des intéressés, réclamations incessantes, assertions erronées, pressions de toutes sortes, menaces même, tout fut mis en œuvre pour faire supprimer ou diminuer de longueur ou de rigueur les quarantaines.

Nous recevions de Sainte-Marie des lettres écrites sous la pression d'intérêts que la quarantaine lésait et qui nous juraient sur l'honneur qu'il n'y avait pas de malades en Gambie alors que treize Européens sur vingt-neuf étaient morts déjà ou malades.

Ajoutons à cela l'inertie de beaucoup de ceux qui auraient dû être nos actifs auxiliaires, la stupide ignorance et l'insouciance des noirs qui pouvaient à chaque instant tout compromettre, et on aura une faible idée des difficultés que le commandant militaire, le chef du service administratif, la commission sanitaire et moi avons rencontrées. J'entre dans ces détails pour bien mettre en garde nos successeurs contre des difficultés qui de loin ne semblent pas avoir d'importance, et qui sur le moment paralysent souvent les efforts les plus louables. J'en donne pour preuve l'inobservance des mesures prescrites en 1859 et 1866.

Dans la question des mesures à prendre pour empêcher l'irruption de la fièvre jaune en Sénégambie, il y a deux séries d'idées que nous devons exposer séparément pour présenter le sujet avec ordre, c'est :

A. Ce qu'il faut faire tout d'abord en vue d'épidémies qui ne sont pas annoncées directement encore : mesures générales de précaution, si je puis m'exprimer ainsi.

B. Ce qu'il faut faire quand le pays est menacé immédiatement ou à courte échéance par la maladie : mesures spéciales de précaution.

A. MESURES GÉNÉRALES DE PRÉCAUTION.

Les mesures générales de précaution se réduisent à trois choses :

1° L'édification d'un lazaret;

2° L'établissement du règlement sanitaire pour la rade de Dakar-Gorée;

3° L'envoi de médecins sanitaires en Gambie et à Sierra-Leone pour tenir la colonie au courant au fur et à mesure de l'état sanitaire des pays du bas de la côte et renseigner ainsi l'autorité et le médecin en chef de la Sénégambie d'une manière assurée et consciencieuse.

Ces trois choses ont un intérêt capital qu'il me sera facile de faire comprendre en peu de mots comme on va le voir.

1° *Lazaret.*

Il est indispensable qu'un lazaret soit édifié dans les environs de Dakar-Gorée, pour y surveiller d'une manière efficace les provenances douteuses, pour y isoler les navires, les hommes et les marchandises contaminés, lorsque la chose est jugée nécessaire.

Ces idées touchant l'utilité d'un lazaret en général sont si simples, sont si universellement admises partout que nous n'avons pas à les développer plus longuement sous peine d'entraîner des longueurs absolument inutiles dans ce travail si long déjà.

Mais dans la question spéciale du lazaret de Gorée, il y a une raison de plus à faire intervenir pour montrer davantage l'importance immense de cet établissement au Cap-Vert. En effet, nous savons que l'avenir de Dakar-Gorée est dans le transit des lignes de steamers qui sillonnent l'océan. Point de relâche admirablement situé, Dakar est un des pays destinés à prendre une extension considérable, et à réagir très-heureusement sur la prospérité de la Sénégambie; car à mesure qu'un centre humain, intelligent, se développera là, les richesses naturelles de l'Afrique tropicale seront mises en rapport et afflueront vers ce point d'émergence pour se répandre dans le monde.

Or que la fièvre jaune soit ou non endémique à Sierra-Leone, toujours est-il qu'on peut inférer des faits passés, qu'elle est destinée dans l'avenir à faire des apparitions fréquentes et prolongées en Sénégambie; et alors, si les mesures de quarantaine ne sont pas parfaitement organisées au Cap-Vert, les transactions commerciales en souffriront considérablement, car le pays n'étant qu'à une semaine d'Europe par les bateaux à vapeur, on peut être assuré que

Lisbonne, Cadix, Bordeaux, Saint-Nazaire, Marseille, frapperont les provenances sénégalaises de quarantaines très-pénibles, très-gênantes, parce qu'elles seront avec raison extrêmement rigoureuses.

Avec la création du lazaret, la difficulté est notablement amoindrie; en effet, supposons un instant qu'il y a au Cap-Vert un lazaret parfaitement constitué dans tous ses détails. Si la fièvre jaune éclate en Sénégambie, les marchandises du pays seront soumises à la désinfection exigée dans ce lazaret, et lorsqu'elles embarqueront sur les paquebots, qui viennent soit du cap de Bonne-Espérance, soit des pays froids de l'Amérique du Sud, elles ne les exposeront pas à être frappés par la quarantaine au port d'arrivée.

Lors des périodes d'activité des épidémies de fièvre jaune au Sénégal, les individus qui, à un moment donné, voudraient rentrer en Europe pourraient se faire admettre dans une partie spéciale de ce lazaret, où leurs effets seraient fumigés, où eux-mêmes purgeraient leur contumace, de manière qu'ils pourraient, au bout de sept ou quinze jours après le moment de leur séquestration, être acceptés par les paquebots qui ne s'exposeraient pas à se mettre eux-mêmes en quarantaine vis-à-vis de la France en les recevant à bord.

On le voit, tant qu'un lazaret ne sera pas établi sur de larges bases au Cap-Vert, un individu donné de la Sénégambie sera condamné à rester dans le foyer épidémique pendant toute la durée de l'activité de la maladie, sans pouvoir se faire admettre sur un des paquebots qui feront escale à Dakar; tandis, au contraire, qu'avec l'établissement de ce lazaret, il pourrait, dans certaines conditions de temps et d'épuration de ses effets, quitter le pays d'une manière assurée.

On comprend bien ma pensée, j'espère : le lazaret du Cap-Vert, tel que je le définis, serait non-seulement destiné à garantir la colonie contre l'invasion de la fièvre jaune, mais encore dans le cas où une épidémie de fièvre jaune existerait dans le pays, serait destiné à assurer les communications de la Sénégambie avec le restant de l'Europe.

Il suffit d'avoir exposé cette dernière idée pour faire saisir d'un coup l'immense utilité d'un lazaret pour les pays sénégambiens. Ce serait non-seulement les habitants du Sénégal, mais ceux de Gambie, de Sierra-Leone, de toute la côte qui viendraient purger leur quarantaine dans ce point spécial, de sorte que le lazaret du Cap-Vert peut être considéré comme destiné à devenir un de ces établissements dépuratoires dont la nécessité s'affirme de jour en jour et qui sera reconnu indispensable, quand des intérêts plus considérables seront engagés par la création de plus nombreuses lignes de steamers.

Nous reviendrons tantôt sur cette idée pour la développer avec quelques détails qu'elle comporte. Parlons d'abord de ce qui existe, puis nous dirons ce qu'on pourra faire.

En premier lieu, après avoir indiqué d'un mot l'utilité de premier ordre d'un lazaret au Cap-Vert, nous avons besoin de déterminer dans quel point il doit être édifié pour rendre les meilleurs services.

La commission locale qui s'occupa, en 1872 et 1873, de cette question, avait plusieurs emplacements à choisir :

1° Le cap Bel-Air;

2° Le cap Manuel;

3° L'île Madeleine.

J'ai cherché à faire prévaloir devant elle le choix du cap Manuel, où déjà des travaux de ce genre avaient été faits. On a vu dans le chapitre II de mon travail *Sur la Fièvre jaune au Sénégal*, qu'on y avait, en 1837, en 1872, mis en quarantaine des hommes déjà soupçonnés de maladie contagieuse et qu'enfin, il était indiqué par plusieurs raisons. Je suis heureux qu'elle ait adopté ces idées.

Le lazaret sur le cap Bel-Air eut été mal placé, se trouvant au vent de Dakar et de Gorée, de plus étant situé au fond de la baie, de telle sorte que les navires contaminés auraient eu besoin de passer au travers du mouillage des navires sains pour y arriver ou en sortir.

Les îles Madeleines sont indiquées, à mon avis, pour être le point de quarantaine des individus qui purgeront, dans un avenir plus ou moins éloigné, une situation sanitaire quand le lazaret du Cap-Vert sera constitué sur de larges bases qui en feront le sanatarium de la côte occidentale d'Afrique. Mais pour le moment elles ne sauraient tre mises à contribution, car les dépenses d'appropriation des lieux auraient été trop considérables.

Il ne restait donc en dernière analyse que le cap Manuel, et c'est là, en effet, que la commission a proposé de l'établir. Mon excellent ami, le capitaine Kiéné, du génie, qui depuis est mort victime du climat inclément du Sénégal, a fait un plan qui a depuis reçu un commencement d'exécution, de sorte que, sous peu de temps, j'espère, la colonie du Sénégal possédera là un établissement très-suffisant dans l'état actuel de nos relations commerciales pour jouer son rôle de protection sanitaire.

Ce lazaret accède à la mer à la partie de la plage appelée l'anse Bernard ; il y a là un point où les canots peuvent facilement accoster la terre, et où l'embarquement et le débarquement des hommes et des choses peut se faire très-bien. J'ai demandé qu'on fît à cet endroit une plate-forme assez vaste et un hangar couvert pour la

dépuration des marchandises ; cette proposition recevra, je pense, son exécution dans un temps prochain.

De l'anse Bernard un sentier suffisamment isolé gagne la crête voisine et se dirige vers le corps proprement dit du lazaret, permettant les communications de ce lazaret avec la plage, sans qu'on ait à craindre que les individus de la quarantaine soient en contact avec ceux qui sont libres.

Le lazaret lui-même est constitué par une enceinte close de murs et subdivisée en six compartiments, dont cinq, munis d'un pavillon de huit malades, peuvent servir pour quarante individus, partagés en cinq groupes différents et sans communication les uns avec les autres.

Chaque baraque contient huit lits, elle pourrait servir au couchage de trois ou quatre hommes de plus, au besoin ; elle est à une de ses faces munie d'une large veranda, afin que, pendant la période des pluies, l'eau n'envahisse pas l'entrée, et qu'aux heures chaudes de la journée ou de la nuit on puisse prendre l'air sans être exposé directement aux rayons du soleil ou à la rosée.

Une vaste citerne, une cuisine, des cabinets d'aisance, ont été ménagés dans l'emplacement qui, comme on le voit, présente dès à présent des conditions d'utilité très-satisfaisantes. On a commencé à construire ces bâtiments en 1873, on a continué en 1874, et il est probable qu'avant longtemps tout l'établissement sera achevé.

Nous voudrions qu'on fît encore quelque chose pour la perfection du lazaret : ce serait de tracer une route qui irait de l'enceinte actuelle aux environs du phare des Mamelles en longeant le bord de la mer qui regarde le large, de manière à être bien isolée par sa position du plateau qui s'étend derrière Dakar et Bel-Air.

Sur cette route il y aurait, séparées au moins d'un kilomètre l'une de l'autre, quatre ou cinq stations qui seraient constituées par un puits ou une citerne, une baraque en maçonnerie de cinq mètres de côté et un four. Dans les environs de ces barraques, on planterait cinq ou six ficus, cinq ou six tamariniers, de manière à préparer un peu d'ombrage.

Des moringa, qui poussent avec une si extraordinaire rapidité, seraient plantés aussi sous forme de haie, de manière à limiter assez bien ces stations. Je dirai tantôt de quelle utilité me paraissent devoir être ces postes en temps d'épidémie.

Le moment est venu de parler du *sanatarium* que nous voudrions voir créer au Cap-Vert dès que les relations de la contrée avec le restant du monde seront assez nombreuses et assez fréquentes pour en justifier l'érection. Et tout d'abord nous devons établir quelle

peut être l'utilité de ce sanatarium, sur quelles idées il faut se baser pour en comprendre l'efficacité et même la nécessité dans un temps assez rapproché de nous.

Les récents travaux sur l'épidémologie ont démontré aujourd'hui que la passion n'est plus aussi vive et aussi acrimonieuse dans les questions de transmission des maladies réputées contagieuses, que l'isolation quarantenaire avec les épurations qu'elle comporte est le moyen le plus efficace pour préserver les pays des maladies qui peuvent être apportées par voie maritime. Les faits sont surabondants pour démontrer l'utilité des lazarets, des épurations sanitaires, et nous voyons chaque port d'arrivée chercher à se fournir d'un lieu où les passagers et les marchandises, venant des pays suspects ou contaminés, doivent être soumis aux mesures de purification capables de leur enlever leur propriété morbigène.

Mais bientôt, dès qu'on a voulu mettre en pratique les idées nouvelles sur le service sanitaire, on s'est trouvé en présence de grandes difficultés, et même, dans certains pays, d'impossibilités absolues qui font que, sous peine de ruiner d'une manière certaine tel ou tel de nos grands ports de France, on sera obligé de laisser entrer à un moment donné des marchandises et des individus manifestement imprégnés de germes morbides facilement transmissibles aux hommes et aux animaux.

Montrons l'exactitude de cette assertion par des citations, et prenons, par exemple, le Havre pour soutenir ce que nous venons de dire. Eh bien! le port du Havre est en relations très-suivies et très-directes non-seulement avec Cuba, les petites Antilles, le Mexique, mais encore avec les ports des Etats-Unis du nord de l'Amérique, comme la Nouvelle-Orléans et tant d'autres où la fièvre jaune a fait de fréquentes et terribles apparitions. Or, que demain une épidémie de typhus amaril éclate dans un de ces pays, et la France se trouvera dans la dure alternative ou bien de ruiner le port du Havre en empêchant l'arrivée des navires suspects, ou bien de laisser la porte ouverte au fléau menaçant.

Objectera-t-on que la latitude et le climat du Havre sont la meilleure garantie qu'il puisse présenter contre l'importation de la fièvre jaune? Assurément non, les faits de Saint-Nazaire, de Southampton, de Brest, sont là pour prouver le contraire.

On a si bien compris en haut lieu la nécessité de garantir ce port, que des projets de lazaret à Cherbourg ou dans ses environs ont été étudiés, et qu'il sera absolument nécessaire dans un temps prochain de se décider à faire la dépense de cet établissement de protection.

Lorsque le lazaret du Havre aura été édifié, la situation sera grandement améliorée, et ce port sera muni à l'égal de Bordeaux, de Saint-Nazaire et de Marseille; mais pourra-t-on dire que le système sera parfaitement organisé alors? Non, et quels que soient les sacrifices que fasse l'Etat pour donner à ces lazarets des proportions assez grandes, ils laisseront à désirer à un moment donné. Ce qui s'est passé dernièrement à Bordeaux, fait qui a même provoqué une intéressante discussion dans le sein de l'Académie de médecine, ajoute grandement à ma présomption.

Lors de cette discussion devant le premier corps scientifique médical de notre pays, et nous pouvons le dire avec un légitime orgueil, devant la première assemblée médicale du monde, une phrase, dite au courant de l'argumentation, était de nature à fixer les idées sur les faits qui s'étaient produits et devait ainsi, il me semble, ouvrir tout un horizon à ceux qui s'occupent des questions sanitaires : *le lazaret de Pauillac s'est trouvé dans le cas d'un hôtel fait pour recevoir cent voyageurs, et dans lequel il en arrive cinq cents à un moment donné.*

Eh bien! l'insuffisance que peut avoir le local à un certain moment étant reconnue par ce fait, quel est le moyen d'y remédier? Est-ce en augmentant ses proportions plus ou moins considérablement? Je ne le crois pas. Car, remarquons-le, si on disposait un lazaret pour recevoir mille quarantenaires et que demain il y eût trois mille passagers à séquestrer, les inconvénients reconnus précédemment seraient les mêmes.

Alors ou bien on est condamné à donner à ces lazarets une étendue relativement énorme, c'est-à-dire à y immobiliser un capital considérable, ou bien on est exposé à chaque instant à les voir manquer au but pour lequel ils ont été créés.

L'inconvénient ne tient pas, il me semble, à l'exiguïté des lazarets, puisque très-souvent des années entières se passent sans qu'ils aient à fonctionner, mais il gît, je crois, dans ceci : qu'à un moment donné il peut affluer à un point qui se garde des importations morbifiques et qui peut être considéré comme un centre ; il peut affluer, dis-je, de la périphérie un nombre plus ou moins grand de passagers et de marchandises qu'il faut soumettre à la quarantaine.

Il découle de là logiquement aussitôt une idée, c'est que si au lieu de se borner à épurer voyageurs et marchandises à l'arrivée, on renversait la coutume, on épurait ces éléments morbifères au départ, il n'y aurait jamais encombrement dans les pays comme Marseille, Bordeaux, Nantes, etc., etc., où se trouvent les lazarets et où aboutissent les navires venant du dehors.

Comprend-on, par ce que je viens de dire et sans que j'aie besoin de m'étendre davantage, l'utilité de ces sanataria dans les pays où les maladies contagieuses se déclarent ou se concentrent le plus souvent?

En combinant cette organisation avec un système d'épuration sanitaire qui serait pratiqué à bord même des grands paquebots transatlantiques pendant la traversée par les soins du médecin de la marine qui, en sa qualité d'agent sanitaire, est parfaitement à même de faire exécuter toutes les mesures convenables pour la santé publique, on arriverait à diminuer d'une manière extrêmement heureuse pour le commerce et pour les voyageurs le temps et les dépenses que la protection des populations de la métropole commande à l'administration sanitaire d'exiger.

Nous n'avons pas besoin d'insister plus longuement ici sur cette question, il aura suffi d'en indiquer les principaux jalons pour que l'idée fasse son chemin, et nous n'avons donc pas à parler davantage de l'idée générale. Voyons ses applications pour ce qui regarde la Sénégambie.

L'île de la Madeleine serait partagée en deux portions parfaitement isolées l'une de l'autre, munies chacune de leur maison d'habitation. Un établissement de purification serait placé dans un des côtés, afin d'assurer la parfaite exécution de la dépuration des hardes.

Lorsque des individus, habitant la Sénégambie ou des pays contaminés, voudraient purger leur contumace, de manière à pouvoir être reçus sur les paquebots qui passent au Cap-Vert, ils s'isoleraient du pays afin de ne pas être soumis à la quarantaine en arrivant en Europe. Pour cela faire, ils arriveraient au sanatarium et seraient logés pendant une semaine dans la première portion de l'île.

Le jour de leur arrivée, leurs hardes seraient fumigées d'une manière complète et, une fois le temps d'observation écoulé, ils seraient admis dans la seconde portion de l'île, étant désormais dans des conditions sanitaires qui permettraient leur admission à bord des paquebots de passage dans la contrée, sans exposer ces paquebots à la quarantaine en arrivant en Europe.

Il ne m'appartient pas de donner ici les détails d'opérations à faire pour assurer l'exacte dépuration. Il va sans dire que ce sanatarium devrait, pour être utile, être constitué sur des bases sérieuses et rigoureuses. Mais avons-nous besoin de dire que rien ne serait facile comme d'obtenir ce résultat dans un pays soumis à la discipline militaire, avec des agents sanitaires pris dans le corps de la médecine navale, dont les habitudes de devoir et de science sont si

universellement établies qu'il ne saurait y avoir la moindre hésitation à leur confier ce service?

Je le répète, je n'insisterai pas davantage ici sur cette idée, il suffit de l'avoir formulée pour qu'elle fasse son chemin, et je suis persuadé que le jour où on voudra organiser, d'une manière pratique autant que bien efficace, le service sanitaire intercontinental, de manière à infliger la moins grande perte de temps possible, ces *sanataria* seront organisés dans divers points, et Dakar en sera pourvu un des premiers.

2° *Règlement sanitaire pour la rade de Gorée-Dakar.*

Nous arrivons au second point de l'étude des dispositions générales ; nous voulons parler du règlement sanitaire de la rade Dakar-Gorée. Ce règlement sanitaire a été établi en 1859 déjà, en 1866 et en 1867, on le modifia dans une certaine mesure. En 1872, la commission sanitaire de Gorée lui a adjoint quelques dispositions à la suite de celles qu'avaient prises nos prédécesseurs, et enfin, après mûre réflexion, j'y ai ajouté encore quelque chose.

Je vais présenter la substance de ce règlement sous forme d'articles séparés, afin de bien spécifier les diverses dispositions. Ai-je besoin de faire remarquer que ce n'est pas mon œuvre personnelle, mais le résultat des études de plusieurs générations de médecins de la marine au Sénégal?

Art. 1er. — Une commission sanitaire, composée de divers fonctionnaires et d'un nombre donné d'habitants de Gorée, est établie; elle est convoquée par le commandant supérieur de l'île en temps ordinaire, elle se constitue en permanence lorsqu'il y a menace ou existence d'une épidémie. Elle étudie et revise au besoin le règlement sanitaire toutes les fois qu'elle le juge opportun.

Art. 2. — Un médecin sanitaire de la marine remplit les fonctions de médecin visiteur du navire et fait, avec le chef du service de santé de l'île, partie de la commission sanitaire. Le chef du service de santé de l'île est chargé, sous sa responsabilité ordinaire vis-à-vis du commandant de l'île et du gouverneur de la colonie, du service sanitaire. Il prend l'initiative au besoin de toutes les mesures de protection nécessaires en cas d'imminence de danger, et en informe aussitôt l'autorité.

Art. 3. — Des sous-officiers, caporaux ou quartiers-maîtres, soldats ou marins pris parmi les individus peu aptes à contracter la fièvre jaune seront, le cas échéant, désignés pour remplir les fonctions de

gardes sanitaires sous la direction du médecin visiteur et du chef du service de santé.

Art. 4. — Tout navire qui arrive à Gorée doit être muni d'une patente de santé. En temps ordinaire, les embarcations venant de Rufisque en sont exemptées; mais lorsque la commission sanitaire le jugera convenable, elles pourront être astreintes à cette formalité.

Art. 5. — Tout navire dépourvu de patente ou ayant une patente irrégulière sera astreint à une quarantaine d'observation dont la durée sera déterminée par la commission sanitaire. Pour être régulière, la patente doit avoir été délivrée dans les quarante-huit heures qui ont précédé le départ du navire, et avoir été visée du consul de France, s'il y en a un dans la localité.

Art. 6. — Tout navire qui arrive sur rade est arraisonné par le médecin visiteur; s'il est admis en libre pratique, il pourra mouiller au point ordinaire. S'il est mis soit en observation, soit en quarantaine, il ira mouiller au point indiqué par le médecin visiteur après les indications proposées précédemment par la commission sanitaire et établies par l'autorité.

Art. 7. — Les épurations du personnel et des choses seront faites d'après le règlement du lazaret.

Il n'est pas difficile de se rendre compte de l'esprit de ce règlement. En effet :

1° Une commission sanitaire, composée des éléments directement intéressés à la conservation de la santé publique, veille à l'observation des dispositions sanitaires et propose à mesure celles qu'elle juge opportunes;

2° Un médecin visite tous les navires qui arrivent pour s'assurer de leur état de santé, et impose d'urgence et tout d'abord les obligations sanitaires qu'il croit utiles, puis en rend compte au chef du service de santé qui en informe la commission sanitaire, laquelle apprécie et propose d'augmenter ou diminuer la rigueur de ces obligations.

3° Un lazaret est établi pour pratiquer au besoin les séquestrations et les épurations sanitaires jugées utiles par la commission sanitaire.

Le chef du service de santé, en sa qualité d'expert le mieux en mesure d'apprécier l'opportunité des mesures sanitaires, a la direction du service sous les ordres naturellement de l'autorité, mais prenant les dispositions d'urgence sans s'inspirer d'autre chose que des nécessités du moment et sous sa responsabilité vis-à-vis du com-

mandant, qu'il informe, dès qu'il est possible, et auquel il rend compte des moyens employés et des raisons qui l'ont poussé à tel moment donné.

Dans ces conditions, je crois que les navires qui viennent du dehors avec des germes de maladie, ne présenteront pas un danger bien grand pour l'île de Gorée en particulier et la Sénégambie en général. Je n'ai pas à donner des détails explicatifs plus minutieux; le savoir toujours très-complet, l'empressement toujours absolu des médecins de la marine qui dirigent le service de santé de Gorée assurera chaque fois le service de la manière la plus louable.

3° *Médecins sanitaires en Gambie et à Sierra-Leone.*

L'homme qui, en 1863, connaissait assurément le mieux la question de la prophylaxie des grandes maladies contagieuses comme le choléra, la fièvre jaune, la peste, Mélier, en un mot, inspecteur général des services sanitaires, écrivait dans la *Relation sur la Fièvre jaune à Saint-Nazaire* (p. 107), les phrases suivantes qui, mieux que tout ce que je pourrais dire, jugent la question.

« Si des vœux que j'ai formés depuis longtemps et dont l'expression figure aux actes de la conférence sanitaire internationale tenue à Paris en 1850 étaient exaucés, il se joindrait à toutes les améliorations accomplies ou à espérer une création qui à elle seule serait un véritable bienfait.

« On sait les services qu'ont rendus et que rendent tous les jours nos médecins sanitaires du levant. Par eux, nous savons avec exactitude, et comme nous ne l'avions jamais pu savoir, tout ce qui se passe au point de vue sanitaire dans leurs résidences respectives, c'est-à-dire dans les régions de l'Orient considérées comme les plus habituellement suspectes, Smyrne, Constantinople, Alexandrie, le Caire, Beyrout, Damas, et, grâce à ces renseignements, on n'en est plus comme autrefois à supporter la peste toujours existante et à prendre à tout hasard des précautions qui, dix-neuf fois sur vingt, étaient inutiles et en pure perte, grand résultat qui se traduit en millions épargnés au commerce et en facilités qu'on ne connaissait pas depuis longtemps, ou pour mieux dire qu'on n'avait jamais connues. La conférence a demandé avec insistance une pareille création de médecins sanitaires en Amérique pour la fièvre jaune; elle figure même au rang des améliorations indiquées dans nos règlements. De plus en plus nécessaire, elle mériterait de devenir l'objet d'une entente entre les gouvernements intéressés. »

Mélier ne parlait pas de la côte d'Afrique, mais remarquons qu'à l'époque où il écrivait, le commerce était peu étendu, les communi-

cations peu fréquentes entre le littoral sénégambien et l'Europe; ces communications se faisaient surtout exclusivement par l'entremise des navires à voiles qui mettaient un temps très-long (soixante-dix à quatre-vingts jours) pour rentrer en Europe, tandis qu'aujourd'hui les lignes de paquebots créées entre la France et le Brésil mettent à peine une semaine entre leur escale à Dakar ou aux îles du Cap-Vert et leur arrivée en Europe.

Cette explication étant donnée pour justifier l'omission de Mélier, avons-nous besoin d'entrer dans de longues considérations pour démontrer l'utilité des médecins sanitaires en Gambie et à Sierra-Leone? Non; en effet, en outre de l'autorité de l'ancien inspecteur général des services sanitaires, nous pourrions invoquer celle de son savant successeur, le docteur Fauvel, et ajouter d'ailleurs que tout ce qui a été dit touchant le rôle que les médecins sanitaires jouent en Orient vis-à-vis du choléra, peut être attribué au médecin sanitaire chargé de surveiller en Gambie et à Sierra-Leone la fièvre jaune.

L'idée trouvée bonne dans la métropole ne saurait être mauvaise dans le cas présent, d'ailleurs les événements de l'année 1872 seraient de nature à défaut d'autres exemples à fixer les idées.

Il est donc de toute nécessité, à notre avis, qu'un médecin soit présent sur les lieux où se montre la maladie avant d'arriver en Sénégambie et prévienne à temps qu'il est utile de se garder. Sinon la colonie sera toujours placée dans la fâcheuse alternative : ou bien d'être exposée à une épidémie imprévue, le jour où le chef du service de santé de Gorée n'aura pas l'œil parfaitement ouvert sur ce qui se passe dans les pays anglais du voisinage, ou bien de paralyser son commerce par d'intempestives mesures de quarantaine, qui non-seulement gênent très-considérablement les transactions, mais encore font perdre à la quarantaine l'efficacité qu'elle peut avoir en l'employant quelquefois avec une rigueur non justifiée par l'état du moment.

Faut-il avoir deux médecins sanitaires, un à Sierra-Leone et un en Gambie? Oui, à mon avis; on a bien objecté que toujours jusqu'ici la fièvre jaune avait fait étape à Sainte-Marie avant de venir à Sierra-Leone et à Gorée, mais il est question d'établir des lignes de steamers allant de Sierra-Leone à Saint-Louis, en faisant seulement escale en Gambie et à Gorée, et il serait tout à fait indispensable alors d'avoir un médecin sanitaire en tête de ligne sous peine d'obtenir des résultats illusoires.

On parle de la possibilité de la cession par l'Angleterre à la France des rives de la Gambie; si ces bruits se réalisaient, il va sans dire

que le chef du service de santé de Bathurst se chargerait de surveiller la maladie dans son pays de la manière la plus efficace.

Où trouver les médecins sanitaires pour la Gambie et Sierra-Leone ? Le cadre des officiers de santé du Sénégal est la pépinière indiquée. Un médecin de deuxième classe employé à cette mission pendant un an, partant du chef-lieu ou de Gorée avec des instructions et recevant courrier par courrier les ordres de la colonie, tandis qu'il lui enverrait ses appréciations comme le font les médecins détachés dans tous les postes, soit du fleuve Sénégal, soit du bas de la côte : Sedhiou, Boké, constitue le meilleur médecin sanitaire à tous les points de vue et aussi l'agent le plus économique pour l'Etat ; d'autant que ces pays étant très-malsains en tous les temps, on ne peut guère y faire séjourner des Européens pendant plus d'une ou deux années de suite.

Organisé de la manière que je viens de spécifier, le service sanitaire ne coûtera, pour ainsi dire, qu'un supplément de 1,200 fr. à 2,000 fr. par an, dépense véritablement insignifiante, si nous la comparons aux immenses services que cette création peut rendre à la colonie.

Il y a certaines questions extra-médicales qui se rattachent à cet envoi de médecins sanitaires en Gambie et à Sierra-Leone. Je ne puis les discuter ici, mais je ne penserai jamais qu'elles puissent être de nature à en empêcher la création, car il suffirait au besoin de commissionner ces médecins de la marine comme agents consulaires pour assurer le service sans blesser aucune susceptibilité locale ou nationale.

B. MESURES SPÉCIALES DE PRÉCAUTION EN TEMPS D'ÉPIDÉMIE.

Nous avons à nous occuper maintenant des mesures spéciales de précaution nécessitées par la menace ou l'apparition des épidémies ; et pour présenter une clarté nécessaire à la facile compréhension de tous les détails, nous avons plusieurs subdivisions à faire dans cette étude. Aussi nous allons d'abord partager l'exposition en deux grandes sections : Ce qui regarde Gorée ; ce qui regarde Saint-Louis.

Pour chaque section en particulier, nous aurons les sous-divisions suivantes :

A. Cas où la maladie menace ;

B. Cas où la maladie a éclaté.

Nous aurons chemin faisant, d'autres coupures à faire, mais avec celles que nous venons d'indiquer nous avons mis assez d'ordre dans notre exposition pour pouvoir l'entreprendre aussitôt.

1° *Dispositions spéciales à Gorée.*

C'est assurément la plus importante des deux, car l'île de Gorée, dont la rade est ouverte, est infiniment plus exposée que Saint-Louis, qui est défendu par la barre du fleuve Sénégal. De plus, comme Gorée a toujours été atteinte la première et que c'est de là que le mal est parti ensuite pour s'irradier dans la colonie, on comprend qu'il y a un double intérêt à y veiller spécialement.

Mais, tout d'abord, qu'on nous permette de faire une digression qui aura, j'espère, son intérêt. Comment doit être constitué en temps ordinaire le service de santé de l'île? Trop souvent jusqu'ici, les chefs de service de Saint-Louis ont laissé un personnel insuffisant dans cet arrondissement. J'en ai tellement senti l'inconvénient soit en 1852, 53, 54, soit en 1871 et 1872, que, dès que j'ai été appelé aux fonctions de médecin en chef de la colonie, j'ai voulu organiser le service de Gorée d'une manière plus complète et par conséquent plus solide.

J'espère qu'un jour, qui n'est pas loin, le siége du gouvernement de la colonie sera transporté à Dakar et que le médecin en chef du Sénégal et dépendances sera à Gorée, dont l'hôpital surélevé d'un étage prendra une plus grande importance et recevra, pendant la mauvaise saison, le plus grand nombre possible des malades de la garnison. Mais ce n'est pas ici le lieu de nous arrêter plus longtemps sur ce progrès très-désirable, envisageons la situation telle qu'elle est actuellement.

Dans la situation actuelle, il faut que le service médical de l'île de Gorée soit dirigé par un médecin principal. Il faut en effet, à la tête et de cet hôpital et de ce service sanitaire d'arrondissement, un homme arrivé à un point d'instruction et d'expérience médicales qui lui donnent une grande autorité professionnelle, car il doit à tout instant intervenir dans les questions complexes et d'une importance capitale pour le bien des militaires et marins de la colonie. A côté du médecin principal il doit y avoir à Gorée, si on veut que le service soit solidement organisé, un médecin de première classe dont le service sera :

A. D'une part, de diriger une ambulance régimentaire bien établie dans ce qu'on appelle le Castel ;

B. D'autre part, de faire les arraisonnements des navires qui arrivent sur rade.

J'aurai à dire de quelle manière ce service des arraisonnements doit être fait ; il est inutile de nous en occuper plus spécialement ici.

Un pharmacien de deuxième classe est attaché actuellement à l'hôpital de Gorée, c'est un poste parfaitement utile tant pour le service des malades de l'établissement que pour les besoins de la pharmacie de la population civile et enfin, pour la délivrance des médicaments aux navires qui viennent se ravitailler dans la baie de Dakar. Il faudrait en outre que le pharmacien le plus élevé en grade de la colonie fût à Gorée, car cette partie du service est assurément plus importante que celle de Saint-Louis.

Un médecin de deuxième classe, habitant l'hôpital avec le titre de prévôt, est indispensable à Gorée comme à Saint-Louis; j'ai demandé avec instance cette création pendant mon séjour dans la colonie, suivant en cela les efforts de mes prédécesseurs. Un sentiment d'économie mal inspiré, à mon avis, si on veut tenir compte des véritables besoins du service, a empêché jusqu'ici la réalisation de ce progrès. Espérons cependant que cette organisation ne sera pas perpétuellement à l'état de desideratum.

En outre du prévôt, qui serait le médecin envoyé au Lazaret dès que cet établissement aurait besoin d'un personnel médical et pour spécifier la chose d'une manière plus précise, quand on apprendrait que la maladie est en Gambie, il faudrait trois médecins destinés à faire la garde et à servir en sous-ordre dans les salles.

Ajoutons à ce personnel médical des infirmiers européens. J'ai pu, après nombre de sollicitations, obtenir déjà trois de ces infirmiers pour tout le Sénégal. C'est un dizaine qu'il en faudrait, si on voulait que le service des malades fût fait convenablement. Avec un service organisé sérieusement et solidement, on pourrait attendre alors les menaces de la maladie sans aucune inquiétude, étant bien sûr que, le cas échéant, on ferait face à toutes les éventualités et on lutterait contre la maladie avec la chance de réussir à la vaincre.

A. *Cas où la maladie menace d'envahir l'arrondissement ou l'île de Gorée.*

Ce cas est celui où l'on apprend que la fièvre jaune sévit en Gambie, et nous devons supposer que l'autorité en est avertie d'une manière positive, mieux qu'en octobre 1872, par exemple, car on comprend que, pour prendre des mesures qui ne manquent pas de jeter un certain trouble dans le pays, il faut que les appréhensions soient justifiées.

Or, admettons actuellement que, dans un moment donné, une source authentique, et pour mieux spécifier, le médecin sanitaire de Gambie, prévient que la fièvre jaune vient d'apparaître à Saint-

Marie de Bathurst. Eh bien, dans ce cas, il faudrait prendre dès lors une série de précautions qui peuvent se classer ainsi :

1° Mesures de quarantaine vis-à-vis des provenances de Gambie ;

2° Mesures de dispositions intérieures pour rendre l'atteinte moins grave si elle arrive, et pour sauvegarder plus facilement le restant de la colonie au besoin.

Voyons successivement ces diverses dispositions.

MESURES SANITAIRES A PRENDRE VIS-A-VIS DES PROVENANCES DE GAMBIE.

Dès que l'on saurait d'une manière positive que la fièvre jaune régne en Gambie, un arrêté local devrait décider que tous les navires venant des pays du sud et arrivant sur rade iraient mouiller devant le lazaret en passant au large de Gorée. Un signal de convention, placé sur le mât de pavillon de la forteresse de l'île, pourrait être arboré et suffirait bientôt pour diriger les caboteurs vers le point indiqué.

Cette mesure aurait déjà l'avantage de diminuer le service du médecin visiteur de Gorée, toujours pénible pendant l'hivernage, et économiserait du temps.

Les navires arrivant au mouillage du lazaret y seraient visités par un agent chargé de ce service, qui s'assurerait dans quelles conditions ils se trouvent, qui recevrait la patente, la déclaration du capitaine, etc., etc., et classerait le navire dans une des catégories de quarantaine que nous allons spécifier.

Il est inutile de dire que le lazaret serait organisé dès ce moment pour son fonctionnement régulier ; nous verrons cette organisation tantôt en nous occupant des dispositions qu'on aurait prises à Gorée en prévision de l'imminence de la fièvre jaune.

Ces catégories sont au nombre de six, car les navires, venus de Gambie et des pays voisins du bas de la côte, sont très-généralement de petits caboteurs montés par des noirs et portant exceptionnellement des Européens comme passagers. D'ailleurs quelle que soit leur capacité, ils peuvent se ranger ainsi :

A. Navires montés exclusivement par des noirs bien portants et arrivant sur lest;

B. Navires montés exclusivement par des noirs bien portants et arrivant chargés ;

C. Navires pourtant des matelots ou des passagers européens en bonne santé et arrivant sur lest ;

D. Navires portant des matelots ou des passagers européens et arrivant chargés ;

E. Navires portant des matelots ou des passagers malades et arrivant sur lest;

F. Navires portant des matelots ou des passagers malades et arrivant chargés.

Suivant ces divers cas, les mesures à appliquer seront différentes, on le comprend; voyons ce qu'il y aurait à faire dans chaque condition :

A. *Navires montés exclusivement par des noirs bien portants et arrivant sur lest.* — Les navires, qu'un examen scrupuleux aurait jugés se trouver dans cette catégorie, ne seraient soumis qu'à une quarantaine de cinq jours d'observation. Tous les effets d'habillement et de couchage qui se trouvent à bord, sans exception, seraient placés dans la cale, dépliés et sortis de leurs coffres. Ils seraient fumigés par les soins de l'agent sanitaire, comme il sera dit plus loin. Les voiles contenues dans les soutes seraient mises à l'air sur le pont, et cette opération ayant été faite deux fois avec grand soin, une fois le jour de l'arrivée, la seconde fois la veille de la fin de la quarantaine, le navire serait admis en libre pratique. Il aurait subi ainsi une observation de cinq fois vingt-quatre heures pendant lesquelles personne à bord n'aurait été malade, l'état des hommes et du navire étant constaté une dernière fois au moment d'entrer dans la vie commune par le médecin du lazaret. Chaque matelot aurait été obligé, pendant sa période de quarantaine, de se baigner entièrement, de laver tous ses vêtements et d'exposer au grand air tout le contenu de son coffre à effets.

Nous donnerons plus loin (p. 410) la formule des diverses fumigations et des pratiques de désinfection qui nous paraissent devoir être mises en usage, et auxquelles chaque chef de service pourra apporter sa modification, suivant les temps et les acquisitions de la science ou les approvisionnements de la pharmacie de Gorée.

B. *Navires montés exclusivement par des noirs bien portants et arrivant chargés.* — Ces navires se rangent en deux catégories, suivant la nature du chargement : les uns portent des matières réputées inaptes à transmettre la maladie, et ceux-là rentrent encore dans la précédente catégorie; les autres portent des matières qui ont besoin d'être fumigées et assainies.

Ces fumigations et cet assainissement seraient pratiqués cinq jours, et vingt-quatre heures après que cette opération aurait été faite (et notons qu'en même temps on fumigerait aussi les effets de l'équipage), le navire serait admis en libre pratique si l'état de santé, dûment constaté, s'est maintenu bon.

C. *Navires portant des Européens et arrivant sur lest.* — Les passagers européens seraient débarqués et mis au lazaret, leurs effets assainis dans les formes prescrites et avec le plus grand soin. La durée de leur quarantaine serait de dix jours au minimum, s'ils arrivaient en excellent état de santé. Si au contraire ils étaient valitudinaires, la durée de la quarantaine serait fixée par la commission sanitaire de Gorée, jugeant sur le rapport et les conclusions du médecin du lazaret.

Quant au navire, il entre, dès le moment où les Européens en débarquent, dans la catégorie A. Si, au contraire, une partie de l'équipage était européenne, le navire ferait soit dix jours de quarantaine après assainissement, si l'état de santé de l'équipage est irréprochable, et d'après l'avis du médecin du lazaret, ou bien il serait soumis à une durée de quarantaine plus longue, fixée par la commission sanitaire de Gorée, en cas d'hésitation du médecin du lazaret, touchant le bon état des conditions hygiéniques du navire ou de l'équipage.

D. *Navires portant des matelots ou des passagers européens en bon état de santé et arrivant chargés.* — Les passagers seraient traités comme dans la catégorie C, ainsi que leurs effets; le chargement serait traité comme les cas de la catégorie B.

E. *Navires portant des matelots ou des passagers malades arrivant sur lest.* — Les passagers seraient débarqués et mis au lazaret, d'où ils se sortiraient que dix jours après la guérison du dernier malade, si rien de particulier n'est survenu dans l'intervalle. D'ailleurs il est bien entendu que ce terme est un minimum ne devant pas être amoindri et que, dans tous les cas, la libre pratique ne serait donnée qu'après décision de la commission de santé.

Le navire rentre dans la catégorie des navires sur lest dès que les passagers ont été débarqués et qu'il a été parfaitement assaini.

F. *Navires portant des matelots ou des passagers malades et arrivant chargés.*— Ce cas rentre implicitement dans la catégorie E, pour ce qui est des passagers; et dans la catégorie B ou D pour ce qui est de la cargaison.

Comment doivent être traités les bateaux venant de Joal, Portudal et Kaolak?— Ces pays, ayant peu de communication avec Bathurst, devraient être soumis à une quarantaine d'observation de cinq jours s'il n'ont pas de passagers blancs, de huit jours s'ils ont des passagers européens, tant que le chef du poste affirmerait qu'il n'a eu aucune relation avec la Gambie, et que l'état sanitaire est parfait.

Dès le moment qu'il y aurait soit la moindre communication par Européens ou indigènes, soit la moindre maladie signalée, ces pays

seraient absolument classés comme la Gambie pour la quarantaine. J'ai à peine besoin de dire que ces postes de Joal, Portudal, Kaolak, commandés par un sous-officier, fournissent, sur l'ordre de l'autorité, des rapports sur la véracité desquels on peut parfaitement compter.

Épurations sanitaires. — Nous devons ici donner maintenant les détails des diverses épurations sanitaires que nous avons indiquées d'un mot, précédemment. Partageons cette étude en trois catégories:

A. Passagers;
B. Chargement;
C. Navire.

A. *Passagers.*

1° *Passagers sains.* — Les passagers, quels qu'ils soient, Européens ou indigènes, mis en quarantaine parce qu'ils arrivent d'un pays où règne la fièvre jaune, doivent être soumis à des épurations personnelles dont voici l'indication : On les fait débarquer sur la plate-forme qui est au débarcadère de l'anse Bernard, avec leurs effets à usage enfermés dans une malle, un panier, etc., etc. Ces effets sont étalés au grand air et le médecin du lazaret décide s'ils resteront seulement exposés ainsi pendant vingt-quatre heures ou bien s'ils devront être soit lavés, soit fumigés.

Après que ces effets à usage auront été soumis à l'épuration jugée nécessaire, les passagers quitteront les vêtements qu'ils avaient à bord, se baigneront et revêtiront des effets épurés, tandis qu'on épurera ceux qu'ils quittent.

A partir de ce moment, ils pourront se transporter avec leurs effets à usage dans la portion du lazaret qui leur est dévolue, et ils seront mis en libre pratique avec ces effets lorsqu'ils auront accompli le temps d'observation imposé.

2° *Passagers malades.* — Ils seront reçus dans le lieu destiné à les soigner et ne pourront communiquer avec les passagers sains que lorsqu'ils seront entièrement guéris depuis au moins cinq jours, et que leurs hardes, effets de couchage, tout enfin ce qui leur a servi, aura été épuré par le lavage à l'eau chaude et la fumigation.

Fumigation des effets. — Les effets qui seront désignés par le médecin comme devant être fumigés seront mis pendant deux heures dans un coffre en bois, confectionné de telle sorte, 1° qu'il ferme hermétiquement; 2° que son contenu ne soit pas tassé, mais au contraire disposé de manière à présenter la plus grande surface possible.

Dans le fond de ce coffre sera une cuvette contenant de l'acide

phénique pur. A défaut d'acide phénique, on pourra se servir d'acide sulfureux en brûlant un morceau de soufre; ou des vapeurs nitreuses : acide sulfurique à 66°, 6 parties ; eau, 4 parties ; nitrate de potasse, 6 parties, dans une capsule de porcelaine placée sur du sable chaud, ou des fumigations Guytoniennes ; chlorure de sodium pulvérisé, 300 grammes; bioxyde de manganèse, 100 grammes; acide sulfurique à 66°, 200 grammes ; eau, 200 grammes pour un cube de cent mètres, lorsque les effets ne sont pas de nature à être altérés.

Après la fumigation, les effets sont exposés pendant deux heures au grand air.

B. *Chargement.*

Le chargement se compose soit de matières susceptibles de s'imprégner fortement des agents de transmission de la maladie, soit de matières peu transmissibles; suivant les cas, les mesures dépuratoires doivent différer.

Les matières peu transmissibles sont les métaux, les bois, les fûts pleins de liquide, les arachides en coque, le sel, etc. Je ne puis énumérer toutes ces matières, mais ces exemples suffiront pour faire comprendre ma pensée.

Les matières transmissibles sont les tissus, laines, cuirs, etc.

Que les marchandises soient ou non très-aptes à transmettre la maladie, elles doivent être sorties de la cale, c'est-à-dire que le navire doit être déchargé, tant pour l'épuration de ces marchandises que pour l'épuration du navire lui-même ; or des précautions sont nécessaires pour opérer ce déchargement.

Mélier a employé avec succès la mesure suivante : Le navire étant débarrassé de ses passagers et le plus possible des objets qui encombraient son pont, on ouvrit les panneaux et on injecta à l'aide d'une pompe à main, ou bien on badigeonna à l'aide d'un balai les parties à découvert avec une solution d'une partie de chlorure de chaux pour sept parties d'eau.

Pendant ce temps, on faisait couler dans le cale, de manière à ne pas détériorer les marchandises du chargement au besoin, une suffisante quantité de cette solution pour remplir les mailles de la carlingue, jusqu'au niveau du vaigrage du fond et, à l'aide de la pompe du navire même, on vida le liquide avec l'eau de la sentine qu'il contenait déjà.

Le premier plan de caisse étant sorti de la cale et placé sur le pont, on badigeonna toutes les faces de chaque colis avec la solution de chlorure de chaux ou bien on débarqua sur un chaland ou

à terre les colis qui restèrent exposés à l'air à l'abri de la pluie au besoin pendant trois jours.

On badigeonna alors, au chlorure de chaux, toutes les parties du navire mises à découvert et le second plan de caisses, procédant cette fois, comme pour le plan précédent, ainsi de suite, jusqu'au déchargement complet du navire.

La manière de faire de Mélier se recommande de la grande autorité de son expérience sur la matière et doit être imitée. Il va sans dire que, si l'état des approvisionnements de la pharmacie de Gorée l'exigeait, on se servirait d'un autre désinfectant, la solution de sulfate de fer à 25 p. 100, celle d'acide phénique à 5 p. 100. Avec des hommes aussi instruits et aussi intelligents que les médecins et les pharmaciens de la marine, il n'est pas nécessaire d'insister longuement sur ce point, il aura suffi de leur dire ce que Mélier était d'avis que l'on fît, pour qu'ils se mettent parfaitement dans l'esprit de l'opération, quel que soit le procédé qu'ils emploieront.

Une fois les marchandises déposées soit à terre, soit dans un chaland, les opérations d'épuration diffèrent suivant qu'elles appartiennent à la première ou à la seconde catégorie,

Marchandises peu transmissibles. — Les étendre de manière à ce qu'elles présentent à l'air la plus grande surface possible, les badigeonner, soit avec un lait de chlorure de chaux, soit avec une solution phénique, ou de sulfate de fer, soit les soumettre à une arrosage d'eau ou bien les immerger et les frotter à l'aide d'un balai de bruyère. Voilà les mesures qui suffisent en temps ordinaire; mais n'oublions pas de rappeler que l'eau seule est bien insuffisante, de sorte que c'est de l'eau additionnée de chlorure de chaux, de sulfate de fer ou d'acide phénique qui sera employée, quand on voudra dire que l'épuration a été faite avec toute la prudence désirable.

Marchandises très-transmissibles et pouvant se détériorer à l'humidité. — Ces marchandises seront établies de manière à présenter toujours la plus grande surface possible, dans une chambre qui se ferme hermétiquement et seront exposées soit à la vapeur d'acide sulfureux, soit aux émanations de chlore, de nitre ou d'acide phénique, suivant le cas.

C'est ici le lieu de rapporter un complément de manœuvre épuratoire, que j'ai été amené à employer à bord d'un navire, qui m'a, il me semble, donné de bons résultats : pendant l'hiver de 1855 à 1856, j'étais chirurgien major de la corvette à vapeur *la Mégère* faisant partie du corps d'occupation de Kimburn (guerre de Crimée). Le typhus régnait dans la garnison et à bord du navire-hôpital *la Provençale*. L'aviso *le Coligny* fut chargé d'une évacuation de ma-

lades sur Varna et peu après le typhus se manifesta dans son équipage.

A notre tour, étant désignés pour faire une évacuation, je dus me demander sérieusement quel moyen j'emploierais pour prévenir l'infusion de notre navire, d'autant que le mauvais temps avait fait tenir, pendant deux jours les panneaux fermés alors que le faux pont était rempli de passagers malades.

Je proposai au commandant, feu M. Houssart, qui a laissé dans la marine une grande réputation d'habileté professionnelle et de sagesse, et qui est mort de la fièvre jaune sur le vaisseau l'*Impérial* qu'il commandait au Mexique; je proposai, dis-je, que des lavages fussent faits très-complétement dans la partie contaminée du navire, et comme la machine, séparant la coque en deux parties rendait la chose plus facile, je fis étendre tous les effets à usage de l'équipage dans le faux pont. Puis on plaça des réchauds pleins de charbon enflammé dans plusieurs endroits de la cale et de ce faux pont, de manière à en rendre l'atmosphère irrespirable par l'oxyde de carbone. Douze heures après, les panneaux furent ouverts, les manches-à-vent placées, et, le lendemain matin, une bougie allumée ne s'éteignant dans aucune partie du navire quelque reculée qu'elle fût, je considérai l'épuration comme accomplie. Ai-je réussi de cette manière, ou bien avons-nous été épargnés parce que l'épidémie ne devait pas nous atteindre? je n'en sais rien; toujours est-il que nous n'eûmes qu'un cas de typhus : Ce fut un matelot nommé Simon, qui, par une coïncidence remarquable, était calier et avait été chargé de ce travail épuratoire.

On comprend la pensée que j'avais en employant la vapeur de charbon : d'abord je n'avais aucun autre moyen à ma disposition et, en second lieu, je me dis qu'en rendant momentanément l'atmosphère irrespirable j'épurerais le navire d'une part, tandis que j'acquerrais la certitude que la ventilation serait bien exactement accomplie, puisque les hommes ne pourraient revenir habiter le faux pont que lorsque l'air atmosphérique aurait bien largement pénétré dans les parties profondes du navire. En un mot, mon équipage était en quelque sorte le réactif qui m'assurait que la ventilation avait été bien complète.

Je livre ce moyen extemporané aux réflexions de nos camarades; peut-être qu'en l'appliquant soit au chargement, soit aux navires, ils compléteront très-heureusement les mesures dépuratoires nécessaires pour empêcher la transmission de la maladie qui nous occupe.

C. *Navires.*

On sait que la coque des navires, même alors qu'elle ne contient pas de chargement, peut être un fécond agent de transmission de la fièvre jaune; aussi comprend-on qu'il faille, dans tous les cas où l'on craint quelque chose, épurer cette coque d'une manière très-minutieuse.

On a brûlé quelquefois les navires contaminés, on les a sabordés et coulés, mais ce sont des moyens extrêmes qui ne resteront dans l'histoire de la fièvre jaune qu'à titre de souvenir. Mélier a dit qu'il suffisait, après avoir complétement débarrassé la cale, de faire sur toute sa surface un grattage à vif et deux ou trois badigeonnages au chlorure de chaux. Ces moyens sont suffisants, mais cependant je suis d'avis d'y ajouter au moins un badigeonnage à l'acide phénique.

M. de Lapparent a proposé de carboniser légèrement la surface intérieure du navire : ce serait un excellent système d'épuration si on possédait les instruments et les substances nécessaires pour cela. Mais il est à craindre qu'avec les noirs qui sont, on le sait, extrêmement maladroits et imprévoyants, les mesures qui nécessitent l'intervention du feu ne soient très-dangereuses et n'exposent à l'incendie. Aussi, tant pour la carbonisation dont je viens de parler, que pour l'application du procédé que j'employai sur *la Mégère*, il faudrait être sûr de l'habileté et de la prudence des ouvriers que l'on emploiera.

L'opération du grattage du navire me paraît une excellente opération, mais il faut convenir qu'elle peut présenter quelques dangers aux Européens, de sorte qu'avant de la pratiquer, je voudrais qu'on plaçât dans la cale des vases contenant les éléments des fumigations Guytoniennes. Ce n'est qu'après vingt-quatre heures de séjour de ces vapeurs dans la cale fermée que je voudrais y voir pénétrer les Européens.

Avec cette précaution, l'emploi des appareils plongeurs devient inutile, mais néanmoins ces appareils de Denayronse et de Rouquayrol et même tout simplement le scaphandre en usage réglementaire à bord des navires permettront aux individus de race blanche de pénétrer sans aucun danger dans les endroits les plus contaminés.

La cale du navire sera donc fumigée après le déchargement si le danger de la contamination semble peu intense, mais s'il y a eu des malades ou des morts à bord, si des marchandises éminemment transmissibles y ont été contenues, on fumigera pendant vingt-quatre heures. Puis le grattage sera fait avec soin. En outre on ba-

digeonnera au moins une fois avec le chlorure de chaux et une autre fois avec l'acide phénique. A défaut d'acide phénique, on pourra alors faire pratiquer des fumigations sulfureuses par des Européens qui pénétreront dans la cale sans grand danger après la fumigation Guytonienne et le grattage préalables.

Nous avons dit que la solution de sulfate de fer peut suppléer la solution de chlorure de chaux, mais il est bien entendu que ce n'est qu'en tant qu'on l'emploie comme un des moyens d'une épuration plus complète, c'est-à-dire qu'on recourra ensuite à d'autre agents d'épuration, acide phénique, acide sulfureux. Car, seul, l'emploi de sulfate de fer ne présenterait pas assez de sécurité pour la destruction complète des agents de transmission.

DISPOSITIONS INTÉRIEURES EN VUE DE LA MENACE D'ÉPIDÉMIE.

En même temps que l'on prendrait des mesures pour éviter la venue de la maladie du dehors, il faudrait prendre des dispositions locales et tout d'abord donc l'autorité devrait, dès que la fièvre jaune serait signalée en Gambie, faire rechercher par les personnes compétentes s'il existe quelque cause d'insalubrité spéciale ou particulière, dans ce moment, soit à Gorée, soit à Dakar, soit à Rufisque, afin qu'elle fût aussitôt détruite.

Je n'ai pas besoin d'entrer dans de plus amples détails sur ces causes spéciales d'insalubrité locale ; le chef du service de santé de Gorée les signalera toujours à temps et avec précision.

On sait que l'agglomération des hommes joue un rôle très-important dans la propagation de la fièvre jaune, et il est de notoriété que l'isolation par petits groupes des individus susceptibles d'être atteints de la maladie est un point important.

Nous allons donc étudier en détail la question de la dissémination des troupes que nous voudrions voir ordonner par l'autorité dès qu'on peut craindre sérieusement la venue d'une épidémie.

Quel est le pays que l'on choisira pour cette dissémination? Saint-Louis, Les Mamelles, le poste de Pout, les environs du Portudal ont été proposés et se présentent avec des avantages et des inconvénients divers.

Evacuation des troupes sur Saint-Louis. — En envoyant toutes les troupes disponibles à Saint-Louis, on n'a pas besoin de grandes installations pour le moment, car on les place dans un milieu où les approvisionnements sont prêts dès l'arrivée même des hommes. Mais, cependant, je ne suis pas d'avis que ce soit le point choisi, pour les raisons suivantes : — Rien ne prouve que l'épidémie pourra être maintenue dans les limites du Cap-Vert, il est à craindre qu'elle

n'arrive jusqu'au Sénégal, et comme il faudrait, le cas échéant, faire une nouvelle dissémination des troupes, il vaut mieux chercher tout d'abord un autre point d'évacuation.

Dans tous les cas, disons que l'expérience des malheurs passés nous a appris plusieurs choses, entre autres, que si on décidait d'évacuer la garnison de Gorée sur Saint-Louis, il ne faudrait le faire que dans le cas où il n'y aurait absolument aucun malade suspect de fièvre jaune dans la baie du cap Vert, sinon on verrait se reproduire les accidents de 1867, et la dissémination des troupes, au lieu de produire un bon résultat, aurait pour effet d'infecter le chef-lieu et le fleuve d'une façon déplorable.

Evacuation au poste de Pout. — Le poste de Pout a été regardé comme un point où les troupes pourraient être évacuées en cas d'épidémie. Mauvaise combinaison, à notre avis, car ce poste est un des plus malsains de la contrée, et les militaires qu'on voudrait soustraire à la fièvre jaune se trouveraient trop exposés aux influences telluro-paludéennes qui engendrent la dysentérie et la fièvre d'accès.

D'ailleurs la question du ravitaillement doit éloigner la pensée d'envoyer les troupes dans des endroits analogues. Ce serait la réédition des disséminations à Kaoulou, Talen, N'diagne, Ker-Mandoubé-Kari, où il a fallu envoyer des convois de ravitaillement pendant la période d'activité de l'épidémie et où l'on a apporté la fièvre jaune avec les vivres.

Evacuation des troupes sur Portudal. — Portudal a été considéré par plusieurs comme un bon endroit pour l'isolation des troupes. Mais je ne saurais, tout d'abord, trop le répéter, il faut que cette isolation soit faite avec plus de soin et d'attention qu'en 1867, sous peine de voir les efforts faits dans la voie de la prophylaxie être absolument illusoires.

Il est absolument indispensable que deux conditions soient sévèrement observées :

A. Prendre de bonne heure la détermination de disséminer les troupes;

B. Les envoyer avec les provisions nécessaires dès le premier jour, et ne plus communiquer directement avec elles ensuite.

Ces raisons font que je ne suis pas partisan de l'envoi des troupes à Portudal. En effet, d'abord, je dirai que jamais on ne se décidera assez tôt. On peut bien, en théorie, dire qu'on arrivera à temps, mais la pratique prouve le contraire; car si par hasard on suivait une fois la voie de la prudence assez bien pour préserver absolument les troupes, on ne dirait pas qu'on a bien fait, on penserait qu'on s'est trop hâté de prendre les mesures extrêmes devant une

menace qui était moins sérieuse que ce que l'on avait pu dire au début. A l'épidémie suivante on s'endormirait alors dans une fausse sécurité.

Il ne faut proposer que ce qui est facile à faire, et c'est pour cela que je me bornerai à demander la dissémination sur un point beaucoup moins éloigné, sur la presqu'île du Cap-Vert, ainsi que je vais le dire.

Évacuation des troupes sur les Mamelles. — On évacua, en 1867, une partie de la garnison sur un camp formé aux environs des Mamelles, le résultat ne fut pas bon, puisque la maladie y pénétra. Mais, remarquons qu'elle pénétra dans tous les autres points ; de sorte qu'on peut soutenir le thème, que l'isolation était mal faite et que c'est aux mauvaises dispositions et aux maladresses commises, et non au choix des lieux de dissémination qu'il faut attribuer les insuccès.

J'ai eu des renseignements qui me font penser que cette isolation fut faite de la manière la plus illusoire en 1867. Je pourrais dire où a été la faute, mais mon étude ne peut à aucun titre être une critique des mesures prises précédemment. Je n'entrerai donc dans aucun détail à ce sujet, insistant seulement sur l'absolue nécessité de bien faire cette isolation, et ne craignant pas de dire que, lorsqu'elle sera pratiquée avec soin, on pourra compter avec confiance sur son efficacité.

C'est ici que l'on va voir l'utilité de cette route allant du lazaret du cap Manuel jusqu'aux Mamelles, avec des stations composées d'un puits ou citerne, d'une maison et d'un four, le tout entouré de quelques arbres, dont j'ai parlé précédemment. Ces stations seraient reliées à la route principale par un chemin de traverse de 100 mètres de longueur.

Supposons un instant, par la pensée, que ces travaux ont été accomplis et que l'on a ainsi quatre ou six stations sur une route qui longerait la falaise ou la plage sur la face du Cap-Vert qui regarde la pleine mer.

Au premier soupçon de maladie, on évacue la garnison de Gorée sur cette direction et, grâce à l'existence d'une route carrossable en bon état, la troupe peut être accompagnée des fourgons nécessaires pour porter trois mois de vivres, farine, viande sur pied, ou salée et vin.

La garnison serait partagée en autant de groupes qu'il y aurait de stations, chaque station placée sous le commandement d'un officier, deviendrait aussitôt un petit centre parfaitement isolé de tout le voisinage ; car, comme les campements et la maison seraient pla-

cés à une centaine de mètres de la route, un factionnaire placé à la jonction de cette route et du sentier conduisant au campement empêcherait toute communication.

Comme on ne pourrait pas avoir un médecin pour chaque campement, le médecin placé aux Mamelles mêmes, pourrait, matin et soir, parcourir à cheval la route qui va de ces Mamelles aux environs du lazaret. Au besoin, un signal de convention placé à un mât de pavillon, dont chaque maison serait munie, appellerait l'homme de l'art qui serait accompagné dans sa tournée d'un fourgon d'ambulance ou d'un mulet muni de cacolets.

Un soldat serait-il malade dans un des campements, il serait apporté par ses camarades jusqu'à la route. Le médecin verrait en passant si c'est la fièvre jaune ou non. Dans le cas de fièvre jaune, il ferait emporter le patient au lazaret qui serait devenu une ambulance à fièvre jaune. Si c'était une maladie ordinaire, il prescrirait les médicaments nécessaires et le laisserait dans son campement, ou le ferait apporter dans le lieu qu'il habite et où il y aurait une ambulance pour les maladies endémiques et sporadiques seulement.

Organisation du lazaret.— Nous avons dit précédemment quel est l'état actuel du lazaret du cap Manuel, quelle sera l'importance que cet établissement aura dans un temps très-prochain, et enfin quelle extension nous voudrions lui voir donner pour en faire un sanatarium très-complet. Nous pouvons dans le moment actuel considérer le lazaret comme constitué, ainsi que nous le disions à la page 393, par six compartiments, dont cinq sont munis d'un pavillon de huit malades, et un, renfermant le logement du médecin, la pharmacie, et les dépendances (citerne et cuisines, etc.); le lazaret devrait avoir pour gardien en temps ordinaire un homme assez intelligent pour pouvoir servir d'aide au médecin et d'agent sanitaire pour les arraisonnements, etc.; un ancien sous-officier de la garnison ou de la station présente les aptitudes parfaitement nécessaires à cet emploi.

Lorsque le lazaret serait mis en état de fonctionner, le prévôt de l'hôpital de Gorée y serait envoyé avec une provision de médicaments convenables. Il y a dans le magasin de pharmacie de l'hôpital de Gorée des cantines destinées à accompagner les troupes que l'on envoie en expédition. On devrait faire deux cantines analogues sous le rapport du volume, et contenant une certaine quantité de médicaments, de linge à pansements et d'ustensiles de pharmacie. La sœur de charité devrait avoir dans des coffres de même capacité les draps et les chemises, les ustensiles de cuisine, les provisions, en un mot, tout ce qui peut être nécessaire à un hôpital. De cette manière, le jour où le médecin serait envoyé au lazaret, il suffirait de

mettre dans l'embarcation qui l'emporterait ces divers coffres pour que des malades puissent être soignés sur l'heure même avec tous les détails nécessaires.

Le médecin serait accompagné d'un infirmier blanc chargé de le seconder dans les soins que les noirs ne savent pas donner, et on lui adjoindrait un nombre suffisant d'infirmiers noirs (un par baraque occupée, plus un cuisinier.)

Organisé de la sorte, le lazaret du cap Manuel pourrait rendre d'incontestables services en temps d'épidémie, et fonctionnerait sans grandes difficultés.

Je n'ai pas besoin d'entrer, j'espère, dans plus de détails, il aura suffi d'indiquer les données principales de la question pour que l'esprit d'initiative de chaque médecin ou de chaque commandant complète le système sanitaire que je viens de proposer là.

B. *Cas où la maladie a éclaté.*

Nous avons à déterminer maintenant quelles sont les mesures à prendre dans le cas où la fièvre jaune a éclaté soit dans Gorée, soit dans Dakar, soit dans Rufisque. Je me suis occupé déjà de cette question dans mon *Etude sur les épidémies de fièvre jaune de Gorée* (mémoire à l'Académie de médecine), et je vais rapporter ce que je proposais alors pour les cas dont il est question.

Mais, avant, je dois dire toute ma pensée là-dessus; en effet, j'estime que, lorsque la maladie atteindra un des trois pays, elle s'étendra aux deux autres, de sorte que les mesures que je vais proposer ne peuvent avoir la prétention d'être efficaces. C'est seulement pour avoir le temps de préparer les moyens de résistance ou de salut que je crois qu'on peut les employer et pour éviter une précipitation qui pourrait être plus nuisible qu'utile.

Il ne faut pas se dissimuler non plus que les mesures de protection que l'on peut proposer pour le cas actuel, ont toujours, quoi qu'on fasse, un vague et un complet très-fâcheux; car, en effet, les conditions secondaires qui forcent cependant la main en maintes circonstances varient dans de si grandes proportions d'un moment à l'autre, qu'il est impossible de pouvoir à distance envisager tous les cas et proposer tout ce qui peut être utile.

On ne devra donc prendre ce que je dis ici que comme une indication générale de la marche à suivre. L'initiative de chaque intéressé dans les moments d'épidémie aura toujours la plus grosse partie des mesures de protection à trouver et à mettre en pratique. Mes conseils ne peuvent avoir la prétention que de proposer une

série de moyens parmi lesquels on choisira, le cas échéant, ce qui paraîtra le plus facilement praticable ou le plus utile.

Un ou deux médecins seraient appelés de Saint-Louis; car, il est grandement à craindre que le nombre des officiers de santé ne soit insuffisant dans un temps très-prochain. Nous n'avons pas à discuter ici quels devraient être les médecins envoyés de Saint-Louis, le chef du service de santé de la colonie peut seul au moment même prendre une détermination à ce sujet et apprécier l'opportunité des divers déplacements, comme celle de dégarnir tel poste du fleuve ou tel bâtiment de la station locale.

Seulement nous pouvons dire d'une manière incidente qu'il sera plus facile au Sénégal que partout ailleurs d'avoir des médecins en nombre suffisant, le cas échéant. En effet, une dépêche télégraphique confiée au commandant d'un paquebot de la ligne du Brésil, et destinée à être envoyée de Lisbonne, peut informer le ministre de la marine des besoins de la colonie en cinq jours. Trois semaines ne s'écouleront pas assurément entre l'envoi de cette dépêche et l'arrivée de médecins de la métropole. Or, comme le début de l'épidémie est généralement assez lent, il y a grandement à penser que les secours arriveront à temps.

Les médecins de la marine qui arriveront ainsi de France en pleine épidémie, courront assurément de grands dangers, me dira-t-on. Mais c'est ici que nous pouvons répondre avec orgueil que, dans les habitudes de dévoûment de notre corps, on ne compte jamais avec cette considération. Les officiers de santé de la marine marchent toujours, on le sait, sans songer au moment de l'épidémie qu'ils sont hommes, c'est-à-dire susceptibles d'être atteints par la maladie ; ils se souviennent seulement qu'ils sont médecins, c'est-à-dire qu'ils doivent toute leur science et tout leur empressement aux malades. La réputation de ce noble et modeste corps est assez bien établie pour que nous n'ayons pas besoin d'insister.

1° *La fièvre jaune étant à Rufisque seulement.* — Si des cas de fièvre jaune étaient bien constatés à Rufisque, le premier soin qu'il faudrait avoir serait, d'une part, de fournir à ce pays les secours médicaux, mais en même temps aussi de chercher à supprimer les communications entre ce point et Dakar ou Gorée.

Nous n'avons pas grand'chose à dire touchant les secours à donner aux habitants de Rufisque, l'envoi d'un médecin de Gorée s'il n'y en a pas déjà un, un approvisionnement de médicaments, et la tâche nous paraît accomplie de ce côté. Mais il n'en est pas ainsi pour le second point : empêcher la communication entre Rufisque et Gorée ou Dakar.

Pour ce qui est des communications par mer, il est relativement facile de les interrompre en prenant tel arrêté qui défendrait, sous des peines déterminées, de communiquer par bateau ou pirogue de Rufisque aux autres points et *vice versa*. A la rigueur, certains bateaux, certaines pirogues pourraient être mis momentanément sous le séquestre pour la durée de l'épidémie ou bien il faudrait au moins qu'une surveillance active empêchât les transgressions à l'ordre donné.

Mais la voie de communication la plus difficile à fermer est assurément la voie de terre, il est même peut-être matériellement impossible d'avoir une barrière absolue entre les deux points et, si la bonne volonté de chacun ne s'y prête pas, toute mesure serait illusoire. Mais, cependant, comme le péril est extrême et qu'il y va de la vie de presque tous les Européens, il ne serait peut-être pas impossible de créer à Dakar, à Rufisque et à Gorée même, des comités de surveillance formés par les habitants eux-mêmes.

Chacun pourrait faire la police de son foyer, pour ainsi dire, et si les habitants se réunissaient en groupe, obéissant à une commission présidée par le chef militaire ou son délégué, avaient le droit de juger, de punir sévèrement tout individu convaincu d'avoir enfreint le règlement d'isolation de chaque pays, assurément on arriverait à obtenir une interruption de communications.

Qu'on me permette de dire ici que notre code en matière sanitaire est très-riche en punitions contre les infractions de cette nature. Il va jusqu'à la peine de mort, et ce luxe de moyens de répression le rend plus illusoire assurément que s'il paraissait moins sévère de prime abord.

Que les infractions sanitaires soient punies surtout par l'amende, que la prison ne soit que le moyen d'obtenir le payement de l'amende et il en arrivera d'infiniment meilleurs résultats qu'en menaçant les individus de peines infamantes, que la notoriété publique ne sanctionne pas.

On objectera que les noirs échappent à toute surveillance, c'est vrai dans une certaine limite ; mais, d'une part, les noirs sont des agents de transmission infiniment moins dangereux de la maladie. D'autre part, si par une surveillance qui serait rendue facile, parce que chaque habitant y concourrait avec un soin que son intérêt lui prescrit clairement ; si par une surveillance, dis-je, on pouvait empêcher tout habitant de Rufisque de partir de chez lui pour aller à Dakar venant de Rufisque, assurément on empêcherait ainsi assez bien toute communication.

Il faudrait veiller, en outre, comme complément, à ce qu'aucun

noir ne pût rien transporter d'un pays dans l'autre, soit pour le compte d'un autre noir, mulâtre ou blanc.

En même temps qu'on empêcherait les communications entre Rufisque et Dakar ou Gorée, on prendrait des mesures dans chaque pays pour se mettre à l'abri le plus possible, mais je n'ai pas pour le moment à examiner en détail ces mesures qui trouveront leur place tantôt, quand j'aurai envisagé les quatre conditions que je viens de supposer pouvoir exister.

2° *La fièvre jaune étant à Dakar seulement.* — Etudions le second cas qui peut se présenter, c'est-à-dire, supposons que la fièvre jaune se soit développée à Dakar. Dans ce cas, nous admettons que Rufisque et Gorée se trouvent encore parfaitement indemnes. Il faudrait aussitôt, dans ce cas, supprimer toute communication entre cet endroit et les autres points, et les moyens que nous avons énumérés pour le cas où la fièvre jaune se déclarerait primitivement à Rufisque seraient très-efficaces pour empêcher au contraire la fièvre jaune d'y arriver.

Mais est-il possible d'isoler Gorée de Dakar? Au premier abord, rien ne semble plus facile, et en réfléchissant plus longuement on voit que cette séparation est impossible, et que toute mesure d'interception radicale des communications entre les deux points serait illusoire. Gorée ne produisant rien pour sa nourriture, pas même l'eau, a besoin de Dakar. Toute quarantaine ne pourrait que faire monter le prix des matières alimentaires, et il arriverait bientôt que, malgré la surveillance la plus active, des habitants de Dakar noirs ou blancs apporteraient des denrées qu'ils débarqueraient sur un point de l'île oublié par la surveillance. On comprend que dès lors toute mesure de quarantaine est inutile entre les deux points, étant insuffisante et inefficace.

Il faudrait donc laisser exister la communication entre Gorée et Dakar. Seulement on aurait soin de prendre des mesures qui, d'une part, rendraient ces communications moins dangereuses, d'autre part rendraient Gorée moins apte à recevoir la transmission de la fièvre jaune. Je veux parler; 1° de l'autorisation écrite exigée pour chaque embarcation; 2° de l'arrivée et des départs à des heures déterminées; enfin, 3° de l'obligation de laisser les substances alimentaires sur le débarcadère pendant un certain temps afin que les piroguiers eussent le temps de s'éloigner avant que les habitants ne vinssent prendre ces substances.

3° *La fièvre jaune étant à Gorée seulement.* — Si la fièvre jaune était à Gorée seulement, on n'isolerait pas non plus l'île de Dakar pour la raison d'impossibilité que je viens d'avancer, et les con-

ditions seraient absolument les mêmes que dans le cas précédent; avec cette différence que c'est au débarcadère de Dakar, au lieu du débarcadère de Gorée, que se feraient la surveillance et l'emploi de mesures capables d'empêcher la transmission.

4° *La fièvre jaune étant à Gorée, Dakar et Rufisque.* — Enfin, j'a à envisager la possibilité de l'existence simultanée de l'épidémie à Gorée, Dakar et Rufisque. Dans ce cas, il faudrait encore que les communications entre les divers points fussent soumises à un contrôle et à une surveillance ; car, dès que la maladie tendrait à diminuer sur un point, il faudrait pouvoir aussitôt l'isoler plus ou moins, comme on isole dans un incendie un foyer d'un autre pour le maîtriser plus vite. Il n'est pas hors de propos de rappeler ici qu'en 1866 on a suivi la pratique de l'isolement des points et on s'en est bien trouvé (1).

(1) Voici en résumé les mesures prises à cette époque :

Le commandant supérieur de Gorée a l'honneur de prévenir MM. les chefs de service que, sur le rapport de la commission sanitaire qui a déclaré que la fièvre jaune existait à Gorée et non à Dakar, M. le gouverneur du Sénégal a décidé que le port de Dakar est considéré comme indépendant de celui de Gorée; qu'à l'exception des denrées alimentaires, les passagers et toutes autres marchandises partant de Gorée seront mises en quarantaine à Dakar, que les dépêches télégraphiques et les lettres seront transmises en se conformant au règlement sanitaire.

A cet effet, M. le chef du service administratif prescrira aux directeurs des ports de Gorée et de Dakar les mesures qui seront nécessaires pour assurer l'exécution de ces dispositions, telles que le placement des chalands ou embarcations aux points qui ont été déterminés à la conférence qui a été tenue à cet effet.

M. le chef du service administratif fera publier à Gorée des avis pour prévenir le public de la teneur de ces dispositions. M. le commandant de la presqu'île du Cap-Vert en fera autant à Dakar.

Le tam-tam sera également battu dans ces deux localités pour prévenir la population indigène.

Le commandant prévient également MM. les chefs de service :

1° Que les passagers de Saint-Louis, à destination de France, resteront en quarantaine sur le bateau à vapeur qui les amènera jusqu'à leur embarquement sur le paquebot.

2° Que *la Meuse* arrivera demain à Dakar avec 136 animaux et une quarantaine d'hommes, qu'ils ne communiqueront pas avec Gorée. MM. les chefs de service sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution de ces dispositions.

Les mesures d'urgence non comprises dans cette publication seront prises par le commandant de Gorée, qui s'étayera de l'avis des personnes

Les mesures que nous avons préconisées jusqu'ici ne sont qu'une petite partie de la grande détermination que l'autorité aurait à prendre en cas de menace de la fièvre jaune. Il est une autre série de précautions qui serait complétement indépendante de la diminution des relations entre Gorée, Dakar et Rufisque et sur lesquelles je vais avoir à m'étendre.

Lorsque la fièvre jaune est dans la baie du Cap-Vert, quand même elle ne serait qu'à Rufisque, il est très-probable qu'elle gagnera et arrivera jusqu'à Gorée ; par conséquent, dès la première menace il serait nécessaire de chercher à rendre la population de l'île moins dense, et par conséquent moins apte à la transmission de la maladie. Pour cela l'autorité peut agir directement sur la garnison et les employés de l'Etat, tandis que ce n'est que par des conseils qu'elle peut agir sur la population civile.

Voyons ce que chaque classe d'habitants pourrait faire soit de plein gré pour les civils, soit sous la pression d'un ordre pour les militaires.

compétentes et qui demandera toujours l'approbation du gouverneur par le télégraphe, si le temps le permet.

L'arrêté suivant déterminera le mode des relations :

Conformément aux ordres du commandant supérieur de l'arrondissement de Gorée;

Le chef du service administratif prévient le public qu'à compter de demain, 31 octobre, à huit heures du matin, l'île de Gorée est soumise à une quarantaine de rigueur.

Il est formellement interdit à tous les habitants de Gorée de sortir de cette île.

Les communications avec le littoral de la baie sont suspendues jusqu'à nouvel ordre; toutefois, les denrées alimentaires pourront être expédiées de Gorée sur Dakar, moyennant un permis signé du chef de service administratif, et apposé au bas de la liste des denrées que chaque personne voudra envoyer.

Les denrées ainsi dirigées sur Dakar seront déposées dans un chaland mouillé entre les deux jetées et reconnaissable à un pavillon jaune qui y sera arboré. Le capitaine du port de Dakar fera prendre les denrées déposées dans le chaland par ses embarcations deux fois par jour, le matin à six heures et demie, le soir de deux heures et demie à trois heures.

Les embarcations ayant ainsi effectué le dépôt des denrées dans le chaland, devront passer immédiatement au large. Les expéditeurs auront soin de joindre à leurs envois des adresses permettant aux destinataires de recevoir ce qui leur est adressé. Les denrées venues de Gorée seront gardées à la direction du port de Dakar, où chaque intéressé viendra les prendre. Gorée, etc. »

Civils.

Les civils de Gorée se partagent en trois catégories dans le cas qui nous occupe :

1° Ceux qui peuvent aussitôt partir pour l'Europe en admettant la coïncidence du passage d'un paquebot.

2° Ceux qui peuvent partir sur un point quelconque de la côte voisine;

3° Ceux qui sont forcés de rester à Gorée quand même.

Les premiers n'auraient naturellement rien de mieux à faire qu'à partir, car il ne faut pas oublier que celui qui, libre de toute obligation, s'éloigne de Gorée à la veille d'une épidémie de fièvre jaune, rend un service à ses voisins, en même temps qu'il sauvegarde son existence propre.

Ceux qui peuvent partir pour un point de la côte, ainsi, par exemple, les traitants qui possèdent un petit navire pour le cabotage feraient très-bien aussi de charger sur leur bateau des provisions suffisantes et de partir pour un point quelconque de la côte non atteint par la maladie, ou bien de croiser au large afin d'éviter le contact immédiat de la fièvre jaune. Répétons pour eux comme pour les précédents qu'ils rendraient, en agissant ainsi, un service à leurs voisins en même temps qu'ils diminueraient leurs dangers personnels.

Ceux enfin qui sont fixés à Gorée sans pouvoir s'en aller auraient une série de précautions à prendre; ainsi d'abord habiter dans des chambres vastes, aérées aussi largement que possible, et avec le moins de meubles, tentures, etc., qu'ils pourraient. Un lit, une table, deux chaisses et une armoire, voilà le mobilier suffisant. Leur chambre serait au premier étage ; les portes et les fenêtres largement ouvertes de six heures du matin à six heures du soir; exactement closes de six heures du soir à six heures du matin. Leur nourriture serait réparatrice sans excès de solides ou de liquides.

Une purgation au début; la surveillance exacte des fonctions de digestion ; un soin minutieux à éviter l'action directe du soleil et les refroidissements ou la pluie et l'humidité; la précaution de ne pas rester dans les lieux bas ou dont l'air est confiné ; une extrême propreté pour le corps et pour l'habitation, enfin à la rigueur l'appel du médecin au premier symptôme insolite, au premier malaise; tels sont en quelques mots les moyens à employer par eux.

Militaires.

Pour les militaires rien n'est facile comme de les faire aller où l'autorité pense qu'ils échapperont le mieux à la fièvre jaune. Ces militaires se partagent en deux catégories :

1° Ceux qui peuvent se rendre utiles;

2° Ceux qui seront inutiles pendant l'épidémie.

Les premiers devront rester à Gorée, les autres partiraient tous sans exception en vertu de cette idée que celui qui s'éloigne du fléau rend service à la population qui reste.

Militaires utiles pendant l'épidémie.— Quels sont-ils? J'ai à peine besoin de les énumérer : les médecins, sœurs et infirmiers, quelques ecclésiastiques, un employé de l'administration chargé de tenir le registre de l'état civil, enfin ceux qui, par un admirable dévoûment, consentent à exposer leurs jours pour soigner leur semblables.

Dans cette étude, où je ne fais que le sommaire des mesures à prendre, je dois me borner à dire que le médecin en chef prescrira sur le moment les précautions hygiéniques à observer pour ceux qui resteront à Gorée, et il n'est pas nécessaire d'entrer dans plus de détails actuellement.

Militaires inutiles pendant l'épidémie.— Ceux-là seraient sans retard dirigés sur la grande terre, comme nous l'avons dit précédemment, et y resteraient jusqu'après l'établissement de la saison fraîche (fin décembre même).

Que reste-t-il à faire ensuite? Je vais rapporter en détail ce que, dans mon *mémoire sur les épidémies de Gorée*, j'avais signalé comme capable de donner de bons résultats. On remarquera que je me suis mis, dans ce travail, au-dessus de toute considération étrangère au désir de sauvegarder la vie du plus grand nombre.

J'aurai à parler ensuite de la question d'opposition, que chacun peut faire personnellement à cette mesure au nom de la liberté individuelle.

« *Mesures à prendre à Gorée après l'évacuation des troupes lorsque la fièvre jaune y a éclaté.* — Dans le cas où un cas de fièvre jaune serait bien constaté par le médecin en chef, soit dans l'hôpital, soit au dehors, celui-ci serait tenu d'en informer le commandant supérieur de l'île sur l'heure même, afin que les précautions puissent être prises avec vigueur et rapidité pour essayer de garantir la population de l'invasion épidémique.

« En revanche, tout parent, ami, logeur, patron, médecin, etc., d'un individu atteint de fièvre jaune, serait tenu, sous peine d'une

forte punition, d'en prevenir sur l'heure le médecin en chef de l'île.

« Tout individu, homme, femme ou enfant, atteint de fièvre jaune, serait transporté à l'ambulance créée à cet effet, et soigné là selon sa position, comme officier, sous-officier ou soldat. Je parlerai tantôt, avec quelques détails, de cette ambulance, que j'appellerai dès à présent ambulance n° 1 ou ambulance des malades.

« Le commandant supérieur de Gorée permettrait au besoin à un ou deux parents ou amis d'aller se mettre en quarantaine pour soigner le malade ; ces parents ou amis suivraient les translations du malade.

« En cas de mort de celui-ci, ils seraient placés vingt-quatre heures après son inhumation dans ce que j'appellerai dès à présent ambulance n° 2, ou ambulance des convalescents, que je décrirai tantôt. Ils ne pourraient rentrer en ville qu'après huit jours de séjour en ce lieu et sur l'autorisation du médecin en chef, contresignée du commandant supérieur.

« J'estime que, dès le premier cas de fièvre jaune, les effets du malade, ses objets de literie devraient être mis sous séquestre, dans tel point où ils ne seraient pas exposés à être touchés par des mains inconnues. L'autorité aurait le droit de les faire jeter à la mer ou détruire par tel autre moyen qui serait jugé nécessaire, et cette destruction me paraît la mesure préférable à tous les titres, d'autant que la valeur de ces objets n'est jamais bien grande.

« Les individus décédés de fièvre jaune seraient, dès le moment où le décès aurait été constaté, mis à la disposition du médecin en chef, qui, après en avoir prévenu le commandant, pourrait les faire inhumer de suite, ou à tel moment qui lui paraîtrait convenable sous sa responsabilité.

« Les corps des décédés seraient ensevelis dans un linceul avec un boulet ou une pierre pesant plus de 30 kilog., et jetés à la mer sous la partie Sud-Ouest du Castel ; de cette manière pas de crainte d'infection du restant de la ville par le transport du cadavre à travers les rues jusqu'au débarcadère, pas de crainte ultérieure de renouvellement de l'épidémie, soit par l'exhumation, soit par les travaux de terrassement exécutés dans le cimetière.

« Les effets des décédés, réputés par le médecin capables de transmettre la contagion, seraient immédiatement réunis en paquet, attachés à une pierre suffisamment pesante, et jetés à la mer, ainsi que les objets de literie contaminés. Ce qui serait désigné comme pouvant être conservé serait passé à l'eau bouillante, dans les formes indiquées par la science, pour détruire les principes de transmissibilité.

« Lorsqu'un individu atteint de fièvre jaune serait entré en convalescence et serait assez bien portant pour marcher, il serait retiré du quartier des malades par les soins d'un médecin désigné à cet effet, et conduit avec les précautions nécessaires, dans la batterie qui est au nord du Castel, entre le port et la ville, partie qui aurait été disposée en dépôt de convalescents.

« Ce n'est que cinq à huit jours après son entrée dans ce dépôt que le convalescent pourrait recevoir l'autorisation de rentrer dans la vie ordinaire. Ce terme pourrait être prolongé de tout le temps jugé nécessaire par le médecin en chef, qui serait tenu, dans tous les cas, d'en rendre compte au commandant supérieur. »

Ambulance n° 1 ou des malades.

« J'ai à parler ici en quelques mots de ce que j'ai appelé ambulance n° 1 ou ambulance des malades : on sait qu'il existe au front sud du Castel un batterie, qui est parfaitement isolée et close, et qui représente une cour longue d'une centaine de mètres et large de vingt mètres environ.

« Je voudrais qu'on établît là dès les premiers soupçons de la fièvre jaune, un baraque en bois, formée de piliers, distants de trois à quatre mètres, et supportant une couverture en planches ; les murs latéraux feraient complétement défaut; l'inclinaison de la toiture empêcherait l'action du soleil et l'arrivée de la pluie au-dessous. Sous cette espèce d'auvent, des lits seraient disposés, et les malades couchés dans ces lits seraient aussi éloignés l'un de l'autre que possible.

« Une barrique sciée en deux et placée près du lit, à demi-pleine d'eau de mer, servirait de receptacle aux matières de vomissements et aux excréments, cette barrique serait défoncée et jetée le lendemain à la mer ou brûlée.

« A l'extrémité O. de la batterie, un fourneau servirait à faire chauffer l'eau pour le lavage des objets de couchage. Ces objets, draps, chemises, etc., etc., seraient mis dans des barriques sciées et pleines d'eau bouillante dès qu'ils seraient retirés de dessus les malades.

« La cuisine et la tisanerie seraient dans les environs de ce fourneau, et remarquons que cette ambulance, étant réservée aux malades pendant la période dangereuse de la maladie, n'aurait pas besoin d'une cuisine bien compliquée. A la porte E. de la batterie seraient sous une tente ou une baraque, la pharmacie et le logement du médecin, des sœurs et des infirmiers.

« Il va sans dire que le caractère de ces installations, étant essentiellement temporaire, tout serait fait à faux frais, c'est-à-dire vite et bon marché. »

Ambulance n° 2 ou des convalescents.

« Dans la batterie qui est du côté nord du Castel serait l'ambulance dite des convalescents ; deux tentes ou une baraque plus exactement close que celle de l'ambulance n° 1 serviraient ici au logement des individus arrivés à la période de réparation de la maladie. Il ne serait pas nécessaire d'y avoir un médecin à poste fixe et la nourriture y serait apportée de l'hôpital qui n'est pas très-éloigné de là.

« Nous devons nous occuper aussi de l'hôpital actuel de Gorée pour le cas d'épidémie de fièvre jaune, car c'est très-probablement là que, comme les autres fois, se manifestera le premier cas de la fièvre jaune qui sera observé ultérieurement, et même dans les premiers temps au moins de l'épidémie. C'est là que seront dirigés les malades qui auront paru avoir une affection endémique du pays, et qui présenteront ensuite les phénomènes de la maladie épidémique.

« La salle dans laquelle aurait existé un cas de fièvre jaune serait de ce moment, et pendant le temps jugé nécessaire, mise en quarantaine. De nouveaux malades, quels qu'ils fussent, n'y seraient plus admis, les hommes guéris ne seraient pas mis exéat, les infirmiers ne devraient plus la quitter pour aller, sous quelque pretexte que ce fût, dans les autres parties de l'hôpital. »

Dans mon travail *Sur les épidémies de fièvre jaune de Gorée*, j'avais proposé ces moyens précités, écrivant sous l'impression des chiffres effrayants de la mortalité, occasionnée dans l'île par le typhus amaril, et j'avoue que, si l'autorité locale voulait, le cas échéant, l'employer, je crois qu'elle en retirerait d'excellents résultats. Mais, cependant, je dois dire qu'après avoir passé plus de dix-huit mois dans Gorée même et trente mois au Sénégal ; après avoir vu la déplorable tendance de l'esprit de la population, j'avoue qu'il me semble impossible qu'un gouverneur ait jamais le courage d'agir aussi radicalement que je le proposais. Car l'avortement même de l'épidémie, dans ce cas, serait une arme contre lui et la passion du moment ne manquerait pas de s'en servir avec acrimonie et une persistance inconnue dans beaucoup de pays.

Il nous faut donc, à notre regret, nous départir d'une partie de la sévérité que nous voudrions voir appliquer dans l'exécution des mesures sanitaires. Et voici alors ce qui nous paraît de mise.

Le nombre des médecins serait-il suffisant, c'est-à-dire y aurait-il à Gorée un médecin principal, un médecin de première classe, un prévôt et trois médecins de grade inférieur, je voudrais que le médecin de première classe et un médecin de grade inférieur fussent envoyés au Castel qui aurait été au préalable évacué en entier et là ils installeraient, dans les bâtiments de l'artillerie et des officiers, une ambulance où tous les malades atteints de fièvre jaune seraient évacués au lieu d'être soignés à l'hôpital.

Le médecin principal, un des deux autres médecins en sous-ordre et le pharmacien soigneraient les fonctionnaires restés à Gorée et la population, dirigeant tous les cas de fièvre jaune survenus chez les employés de l'Etat sur l'ambulance du Castel et faisant prodiguer les mesures d'assainissement dans tous les foyers d'infection. L'autre médecin en sous-ordre aurait été envoyé à Rufisque.

Mais songeons que la fièvre jaune n'arrive jamais d'emblée, de sorte qu'avant qu'elle n'éclate à Gorée, le service de santé se sera déjà départi de deux médecins au moins, un pour le lazaret, l'autre pour Rufisque. Un autre médecin aura certainement suivi les troupes saines éloignées par mesure de précautions de l'île, de sorte que très-probablement, quand la fièvre jaune apparaîtra à Gorée, il n'y aura en tout que deux médecins en sous-ordre pour aider le médecin principal. C'est dans ces conditions que j'attendais la fièvre jaune en octobre 1872 et alors, au lieu de demander à établir une ambulance au Castel, je me serais borné à isoler les malades atteints du fléau dans la salle du premier étage du bâtiment B.

On peut voir d'ailleurs les dispositions que j'avais prises, je les ai consignées dans mon rapport du moment dont un extrait est présenté dans le chapire II de mon livre intitulé : *De la Fièvre jaune au Sénégal*.

Dans ces conditions nous aurions lutté avec infiniment moins de bonnes chances contre la fièvre jaune, mais enfin nous aurions fait le devoir en ne cédant que pas à pas à la maladie et en lui disputant avec toute l'énergie que nous aurions pu trouver dans le sentiment de notre devoir les victimes qu'elle aurait frappées.

DISPOSITIONS SPÉCIALES A SAINT-LOUIS.

Pour ne pas donner une trop grande étendue à mon travail, on me permettra de renvoyer en maints endroits le lecteur à ce que j'ai dit quand je me suis occupé des mesures à prendre pour l'arron-

dissement de Gorée. Je vais suivre d'ailleurs la même marche et envisager successivement :

A. Le cas où la maladie menace seulement Saint-Louis ;
B. Le cas où la maladie a éclaté au chef-lieu.

A. *Cas où la maladie menace.*

Le cas où la maladie menace est celui où elle a été signalée dans la baie du Cap-Vert. Or, les mesures à prendre sont extrêmement simplifiées ici par la nature même du pays et les obstacles qui en défendent les abords. Aussi, tandis que les dispositions locales seraient prises dans l'intérieur de la cité, je crois que le meilleur parti à prendre serait que le gouverneur décidât que tant qu'un cas de fièvre jaune sera constaté dans l'arrondissement de Gorée, c'est-à-dire tant que cet arrondissement délivrera des patentes brutes aux navires, toute communication de personnes et de marchandises sera interdite entre le Cap-Vert et Saint-Louis.

Rien n'est plus facile comme de fermer la voie de terre : interdiction aux postes de Dakar, Rufisque, Mbijem, Gandiole, de laisser circuler sur la route de Gorée à Saint-Louis, aucun Européen ou mulâtre, aucune marchandise autre que les archides transportées par les noirs.

Il est aussi aisé, pour le moins, d'isoler Saint-Louis de Gorée, par voie de mer : interdiction aux caboteurs d'aller de Gorée à Saint-Louis, les correspondances d'Europe seront prises à bord du paquebot venant de France par un aviso à vapeur qui sera mis au préalable en quarantaine vis-à-vis de Dakar-Gorée, et qui les portera devant Guet'Ndar.

Les passagers arrivant de France auront la latitude, s'ils veulent éviter toute chance d'épidémie, de poursuivre leur route vers le Brésil, ou devront débarquer à Dakar, ne pouvant être autorisés à atteindre Saint-Louis, que lorsque toute manifestation de fièvre jaune sera bien éteinte au Cap-Vert.

Quant aux autres mesures à prendre à Saint-Louis, quand la fièvre jaune menacera, elles résident encore dans le choix des points de dissémination des troupes et dans la disposition d'ambulances isolées pour y recevoir les malades, le cas échéant, sans qu'ils fussent une cause d'infection pour ceux qui les avoisinent. Voyons successivement ces deux catégories de moyens.

1° *Point de dissémination de la garnison.*

Tout d'abord demandons-nous quel est le chiffre de la garnison de Saint-Louis, pour savoir combien de groupes différents il faudra

faire et de quel nombre d'hommes se composera chaque groupe. Je dois à l'extrême obligeance du capitaine Frey, de l'infanterie de marine, aide de camp du gouverneur du Sénégal, en 1873, de précieux renseignements tant sur cet effectif que sur les mesures prises au chef-lieu en 1867, contre la fièvre jaune, et en 1868-1869, contre le choléra. Ces renseignements vont simplifier notablement cette partie de mon travail.

Je ne veux pas laisser échapper cette occasion de payer une dette de reconnaissance à M. Frey, qui m'a rendu là des services d'autant plus précieux que sa grande connaissance du pays et son talent d'observation en font un expert très-entendu de toutes les choses sénégalaises. M. Frey est un des hommes qui ont pris le Sénégal en sympathie, connaissant parfaitement la langue et les coutumes des indigènes. Il est appelé à faire une brillante carrière dans la colonie, et je serai toujours le premier à applaudir à ses succès parfaitement mérités.

En 1873, la garnison était composée de 756 européens à savoir :

53 officiers;
90 artilleurs (24 ouvriers, 66 canonniers);
20 sous-officiers et soldats blancs du train;
261 sous-officiers et soldats d'infanterie;
125 sous-officiers et soldats européens des tirailleurs;
60 sous-officiers et soldats des spahis;
147 sous-officiers et soldats des compagnies de discipline.
756

A cela ajoutons une vingtaine de marins ou ouvriers aux ateliers de la marine, des employés subalternes au magasin général, des gardiens, et nous arrivons au chiffre rond de 800.

Il faudrait, si on voulait disséminer un pareil chiffre d'hommes, en faire huit groupes, de manière à ce qu'il n'y eût que 90 à 100 hommes dans un même campement.

Le lieu appelé Diaoudoun pourrait présenter les emplacements convenables pour deux groupes, un serait auprès de la tour, l'autre sur le mamelon qui avoisine le pont.

Il y aurait aussi sur le parcours du marigot de Lampsar six ou huit autres points qui pourraient servir de campement, ils sont ombragés de tamariniers qui donnent un abri très-convenable contre le soleil.

Si les points précités ne présentent pas toutes les bonnes conditions désirables, on pourrait y faire des plantations. On devrait y

édifier les constructions que j'ai demandées tantôt pour le Cap-Vert, en vue de la dissémination des troupes.

Il ne serait d'ailleurs pas difficile de trouver depuis le point appelé Dakar-Bango, où est la jolie habitation du Dr Bancal, des endroits où l'on pourrait établir très-convenablement des groupes d'hommes assez isolés les uns des autres.

La garnison serait donc disséminée le long du parcours de ce marigot. Une ambulance serait établie aux environs du barrage de Lampsar, et le service médical serait fait à l'aide d'un canot à vapeur ou de deux baleinières, allant matin et soir de l'ambulance aux campements extrêmes.

Comme nous l'avons proposé précédemment pour les troupes de Gorée disséminées sur le Cap-Vert, un médecin passerait à une heure déterminée dans les environs de chaque campement; un signal convenu indiquerait s'il y a ou non des malades, le médecin verrait les hommes qu'on aurait transportés sur le bord du marigot, et il les emporterait avec lui à l'ambulance dans le cas où il aurait reconnu la fièvre jaune.

Dans le cas contraire, il ferait la prescription médicale, fournirait même au besoin un médicament indiqué et l'homme resterait dans son campement respectif.

L'ambulance pourrait être constituée très-convenablement à l'aide d'un des deux bateaux-écurie qui sont à Saint-Louis, et qui portent une toiture permettant de placer les lits sur le pont. On pourrait renforcer au besoin cette toiture d'une couche de roseaux verts coupés dans les environs. A l'aide de nattes qu'on relèverait ou abaisserait à volonté, les courants d'air pourraient être établis ou supprimés facilement, de même que les rayons du soleil levant ou couchant seraient neutralisés.

Quant aux dépendances de l'ambulance, il ne serait pas difficile de les trouver. La cuisine serait naturellement à terre. Deux ou plusieurs bateaux plats qui servent aux traitants dans les escales seraient recouverts d'une toiture de roseaux comme on le fait dans leurs voyages au haut du fleuve, ils serviraient de pharmacie, de logement pour les médecins, pour les convalescents, etc., etc.

Cette ambulance aurait au moins trois médecins : un, chef de service, et les deux autres, alternant le service de la pharmacie et celui de la visite des divers campements aux heures fraîches de la journée.

Il ne resterait donc à Saint-Louis après cette dissémination que les troupes indigènes, que l'on emploierait à nettoyer, laver et

blanchir à la chaux et badigeonner à l'acide phénique les deux casernes de la place afin de les bien désinfecter.

Tous les fonctionnaires et employés européens que l'on pourrait éloigner de la ville n'y resteraient pas ; c'est entendu. Ils pourraient être utilisés dans les divers campements, et jouir en même temps du très-grand bénéfice de la dissémination.

Comme je l'ai dit en parlant de la dissémination des troupes de Gorée, une des conditions capitales de succès est de ne plus laisser de communications entre les divers groupes pendant toute la durée de l'épidémie. Or, ici, la chose serait plus facile encore qu'au Cap-Vert, à cause de la présence d'un cours d'eau dans le voisinage des campements.

Donc, le jour où l'évacuation serait décidée, chaque groupe d'hommes recevrait en dépôt un de ces bateaux plats de traitants à bord duquel on mettrait la provision de pain, de biscuit, de farine, viande salée et de légumes secs nécessaires pour trois mois. Des noirs seraient chargés de conduire un troupeau à chaque campement, et de cette manière, une fois chacun rendu à son poste, il n'y aurait plus aucune communication directe entre les deux groupes. Des signaux de convention, le télégraphe électrique permettrait de savoir ce qui se passe partout, sans avoir à exposer les hommes à une transmission de la maladie par les messagers ou les correspondances.

Je n'ai pas à entrer longuement dans les conditions matérielles de détail que devrait présenter chaque campement, il va sans dire même que je ne puis ici qu'indiquer les choses d'une manière générale, et que le jour où la dissémination des troupes serait décidée, le choix de chaque emplacement serait déterminé par une commission dont le chef du service de santé de la colonie ferait partie ; car je ne voudrais laisser à aucun autre le soin d'éclairer l'autorité sur certaines défectuosités hygiéniques qu'il faut éviter pour ces campements.

Des baraques en voliges, et recouvertes par une couche de roseaux verts non débarrassés de leurs feuilles, seraient facilement établies pour le couchage des troupes ; étant placées à proximité des arbres couverts de feuilles pendant l'hivernage, l'action du soleil pourrait être sensiblement atténuée.

2° *Etablissement d'ambulances en vue de la maladie.*

Il est de notoriété que la fièvre jaune a la très-facheuse propriété d'infecter certains endroits où elle a existé de manière que même après l'extinction de l'épidémie dans un pays, elle reste dans ces en-

droits avec une persistance qui est d'autant plus fâcheuse qu'elle est une perpétuelle menace pour la population. La connaissance de ce fait doit pousser les médecins de l'autorité à choisir pour ambulance, où sera traitée la fièvre jaune, des points qu'on pourra abandonner ensuite sans inconvénients.

Je voudrais donc qu'on ne traitât aucun malade atteint de fièvre jaune, dans l'intérieur de l'hôpital de Saint-Louis, de même que j'ai dit que, s'il était possible, je voudrais qu'on ne traitât pas la maladie dans l'hôpital de Gorée. Conséquemment, il serait utile de rechercher deux points au moins qui pourraient servir d'ambulance pendant une épidémie.

Le second bâtiment écurie qui est à Saint-Louis, devrait être destiné à servir à cette usage, le cas échéant. Il serait mouillé dans le fleuve en aval de Saint-Louis dans les environs du poste intermédiaire de la barre, et on lui adjoindrait les barques ou les barraques nécessaires pour ses dépendances.

Une barque à fond plat viendrait tous les matins au point du jour et tous les soirs à cinq heures, accoster le quai du petit bras qui avoisine l'hôpital de Saint-Louis; on y embarquerait les hommes atteints depuis son dernier voyage. De cette manière on éviterait, autant que possible, l'infection de l'hôpital principal.

Je sais toutes les objections qu'on peut faire à cette disposition, mais j'aurai mille bonnes raisons à opposer à ces prétendus philanthropes de circonstance qui demandent au nom de l'humanité qu'on doit aux malades, de ne pas avoir l'air de les condamner à l'avance en les éloignant du centre de la population.

Ces objections sont simplement ridicules, car, pour éviter un chagrin ou un effroi à un malade qui est cinq fois sur dix la proie assurée de la mort, on laisse toute une population bien portante exposée à un danger très-réel et très-assuré. C'est un peu si, comme dans un incendie, on ne criait pas au feu! de peur d'effrayer les femmes et les enfants.

B. *Cas où la maladie a éclaté.*

Je n'ai pas à m'étendre bien longuement maintenant puisque toutes les mesures auraient été prises pour lutter contre l'épidémie d'une manière très-énergique et, disons-le, très-efficace, car la dissémination des troupes est le moyen le plus utile contre le typhus amaril.

Il ne me reste donc plus que quelques mots à dire, et ce sont surtout des règles générales qui sont applicables à la fièvre jaune, comme d'ailleurs à toutes les maladies qui règnent épidémiquement.

Envoyer les malades le plus promptement possible à l'hôpital, afin d'empêcher par de prompts secours la maladie d'arriver à son dernier degré, et aussi pour prévenir la formation d'un foyer d'infection. De l'hôpital les diriger pour la même raison le plus tôt possible vers l'ambulance où la fièvre jaune est soignée.

Entretenir la plus grande propreté tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'établissement destiné aux malades atteints de fièvre jaune. Même chose à dire pour tous les locaux d'ailleurs, et faire un usage excessif de tous les agents de désinfection qu'on aura à sa disposion. Faire dix fois plus qu'il ne faut, si c'est possible, dans cet ordre d'idées, pour avoir l'espoir de faire assez.

Eviter l'encombrement des malades, des bien portants. En un mot, se mettre dans les conditions d'hygiène les plus favorables: propreté des lieux, des hommes, désinfection des locaux, des vêtements, objets de couchage, etc., etc.

Faire passer tout convalescent dans un autre local dès qu'il est possible, afin de le soustraire aux émanations des autres malades, et ne le remettre dans la population proprement dite, que, lorsque sa santé étant tout à fait revenue, il ne peut plus être un danger pour les voisins. Dans tous les cas, pratiquer une sévère épuration de tous ses effets avant de le mettre au contact des bien portants.

RÉSUMÉ.

Ai-je besoin de faire le résumé de ce chapitre maintenant que nous sommes arrivés à la fin? Ce sera facile et on peut dire d'un mot que la prophylaxie se base sur un seul principe : l'isolation des individus, qu'ils soient sains ou malades. C'est pour cela que j'ai proposé d'user largement du lazaret du cap Manuel, de disséminer de bonne heure les troupes. Que je voudrais voir faire des travaux analogues aux environs de Saint-Louis !

Ce principe étant bien établi et bien compris, il sera facile à l'initiative de chacun de compléter l'ensemble des mesures dont j'ai tracé les principales dispositions, et je ne crains pas de dire d'une manière formelle que le succès sera en relation rigoureusement directe avec l'exactitude de cette isolation.

Le marche à suivre est bien nettement tracée, j'espère. Au dévoûment et à la sagacité de nos successeurs maintenant de lutter contre la maladie. L'enjeu est la vie des hommes confiés à leur charge morale, et je suis bien tranquille à ce point de vue. Connaissant les traditions de dévoûment et de savoir pratique des médecins de la marine, je crois pouvoir prédire à l'avance que la maladie ne

prendra désormais que ce que la puissance humaine est incapable de lui arracher.

Il n'est pas difficile de voir, à chaque pas, dans mon étude, au soin que j'ai mis à parler de mille détails, que je suis ce qu'on appelait jadis contagioniste bien déterminé. Je voudrais pousser l'isolation des hommes à la plus grande limite possible, bien persuadé que c'est le meilleur moyen que nous possédions actuellement contre la propagation de la maladie.

On me permettra de ne pas entrer dans de longues discussions à ce point de vue; le travail actuel n'est pas fait pour discuter de l'opportunité de l'isolation et des quarantaines, il suppose qu'on admet leur utilité d'une manière absolue : bien plus, je dirai que, si on conteste un seul instant cette opportunité, il n'a plus de raison d'être.

Cependant, je ne puis m'empêcher de finir par un mot encore en faveur de cette isolation et de ces quarantaines, mot destiné à être opposé, le cas échéant, au commerce qui se plaindra.

Je suis un partisan bien résolu des mesures de quarantaine pou empêcher l'arrivée et la propagation de la fièvre jaune dans notre colonie du Sénégal, parce que aucun autre moyen ne me paraît capable de prévenir le retour des immenses malheurs qu'on a constatés en 1830, 1837, 1859, 1866-67.

La question est jugée assez unanimement pour n'avoir pas besoin de la défendre de nouveau. Le système des quarantaines en général contre la fièvre jaune est celui qui jusqu'ici a donné les meilleurs résultats; je dirai plus, le seul qui en a donné de satisfaisants.

Je sais que les intérêts que lèsent ces quarantaines à certains moments se plaignent très-acrimonieusement au moment où on les applique; aussi je veux insister sur l'utilité des séquestrations d'hommes et de marchandises pour bien montrer au besoin que, loin d'être une entrave au mouvement commercial d'un pays, le système des quarantaines bien sévèrement pratiqué est, au contraire, la protection la plus efficace des intérêts de certains pays et en particulier de la colonie du Sénégal.

Supposons en effet, un moment, que la colonie soit soupçonnée par les ports du littoral français, de ne pas se précautionner suffisamment contre les invasions de la fièvre jaune venue de Gambie, de Sierra-Leone ou du Brésil; il en résultera, comme conséquence, que tous les navires venant de notre colonie, soit au Havre, soi Bordeaux, soit à Marseille, seront soumis à une quarantaine et à des épurations, c'est-à-dire que plus de soixante grands navires

peut-être, de plus de 300 tonneaux chacun, seront soumis, dans le courant d'une année, à des droits sanitaires élevés.

Or, comme c'est toujours la marchandise qui paye, en somme, les droits, ne voit-on pas qu'elle sera d'un prix de revient plus élevé que si, par de sages mesures d'isolation pratiquées au Sénégal, on peut obtenir que les ports d'Europe la reçoivent en libre pratique? Car, tandis que ce serait toute la marchandise issue du Sénégal sans distinction, qui serait soumise aux droits, dans un certain cas, ce sera seulement celle qui provient des points réellement contaminés qui sera imposée à Gorée.

Nul ne contestera l'intelligence commerciale pratique des Américains, qu'on cite à bon droit comme les maîtres à ce point de vue. Eh bien! les Américains, qui ne se font pas de scrupule de délaisser les institutions inutiles, et même celles qui ne présentent pas, en somme, un bénéfice plus grand que la peine et les dépenses qu'elles occasionnent, se gardent bien de diminuer la sévérité des quarantaines que depuis longtemps ils ont instituées contre la fièvre jaune.

Veut-on savoir l'opinion des intéressés de la première ville commerciale du monde peut-être, de New-York, qui, disons-le en passant, est à peu près sous le parallèle de Lisbonne? Eh bien, la voici, empruntée au très-remarquable article sur les quarantaines, que mon savant ami, le professeur Colin, du Val-de-Grâce, a inséré dans le *Dictionnaire encyclopédique de médecine et de chirurgie* (3e série, t. Ier, p. 99) :

« Les soussignés affirment qu'il est universellement reconnu aujourd'hui que l'application des règlements sanitaires et l'établissement d'une quarantaine ont été une source de profits incalculables pour New-York, en éloignant la maladie de cette importante cité commerciale.

« Ils ont, en outre, de puissants motifs de croire que cette ville a quelquefois payé très-chèrement soit les imperfections qui existaient primitivement dans notre code sanitaire, soit la négligence que l'on apportait dans son application.

« Depuis que notre code, convenablement modifié, est strictement mis en vigueur, nous avons toujours eu le bonheur d'être exempts de l'épidémie, et la fièvre jaune, qui ne nous a pas visités depuis vingt ans, n'est aujourd'hui connue que de nom de notre jeunesse médicale.

« Nous pouvons ajouter que, presque tous les ans, il arrive des cas de fièvre jaune dans notre lazaret de Staten-Island ; ils sont soumis à la discipline médicale par les officiers-médecins de cet établissement, et, grâce aux dispositions de notre code sanitaire, ils n'en

franchissent jamais l'enceinte, bien que la maladie se soit quelquefois propagée aux individus qui donnaient des soins aux malades. (Faget.) »

Et M. Colin ajoute : « Depuis que ceci a été écrit, trente années de plus se sont écoulées et les médecins de New-York ne pourraient que répéter les mêmes choses. »

Que les commerçants sénégalais ne viennent donc pas demander l'abolition des quarantaines contre la fièvre jaune, au nom de la liberté et du bien du commerce. Ils n'ont pas la prétention d'être les maîtres des Américains en fait d'expérience ou d'instinct du négoce et après ce que je viens de rapporter, l'opinion des Américains es assez clairement formulée.

B. HYGIÈNE PRIVÉE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Thénevot, dont il faut à chaque instant citer le nom, toutes les fois qu'on parle du Sénégal, au point de vue de ses maladies et de son hygiène, commence, dans son remarquable livre, le chapitre de l'hygiène privée par quelques considérations si justes, si profondément vraies, si saisissantes, dirai-je même, pour le médecin qui a habité le pays dont nous nous occupons, que je ne crois pas devoir résister au désir de les rapporter *in extenso*.

« Avant d'étudier la manière de se conduire dans un pays, il faut d'abord savoir si l'on est susceptible d'y vivre. Pour cela il est essentiel de connaître la constitution organique des indigènes, celle qui est naturellement la mieux adaptée au climat et comparer cette constitution à celle qu'on présente soi-même. Les lois de l'acclimatation dérivent en effet de ces prémisses. *L'organisation la plus propre au climat étant connue, comment l'acquérir quand elle manque plus ou moins complétement?*

« Dans les pays qu'échauffe plus ou moins obliquement le soleil et dans ceux qu'il frappe deux fois de ses rayons verticaux, les faces vivantes sont également dans un antagonisme perpétuel. Dans ce flux et ce reflux des mouvements organiques, tantôt c'est la vie intérieure et la plus essentielle qui se concentre et domine, tantôt c'est l'ensemble des faces périsphériques qui s'exalte et s'éparpille. L'acclimatement sera donc d'autant plus difficile que l'homme se trouvera plus près de l'un des points extrêmes. Alors une mort plus ou moins foudroyante frappera l'imprudent, ou si, doué de moins de réaction, il fléchit sans trop résister, une lente nostalgie qui n'est

souvent qu'un besoin vital non satisfait le conduira non moins sûrement vers la tombe. La connaissance de la patrie et du tempérament des hommes est donc un premier pas fait pour l'acclimatement. Elle indiquera de prime abord les chances diverses qu'on doit courir et les précautions plus ou moins grandes qu'il faut prendre.

« Tout être est coordonné à son climat, il serait donc erroné de dire que la vie est plus complète dans les pays tempérés que dans les pays chauds. Cependant, si l'on considère l'ensemble des fonctions qui dominent dans les uns et dans les autres, on est de suite porté à donner la suprématie à l'homme des zones tempérées, et cette suprématie sera incontestable tant que, dans ces pays, l'intelligence l'emportera sur la matière, ou même tant que celle-ci présentera une élaboration plus complète.

« En effet ce qui caractérise l'homme des pays tempérés ce n'est pas seulement le développement intellectuel, c'est l'harmonie plus parfaite et l'organisation plus avancée de ses éléments. Les fonctions matérielles qui dominent en lui sont celles de la respiration et d'assimilatton, de là un chyle plus parfait, un sang plus épais, plus riche et plus existant, en un mot une vitalité générale plus ressentie. Ainsi les principaux instruments de la vie sont plus actifs parce que les forces morales refoulent la vie à l'intérieur, et l'excitabilité générale dérivant des forces d'assimilation est plus grande parce que les forces mortes donnent à celles-ci des matériaux plus réparateurs. L'Européen qui se présente dans les pays chauds avec son sang rouge, épais, essentiellement fibrineux est donc par cela même très-exposé à toutes les causes morbifiques, quelle que soit leur nature, quel que soit l'organe attaqué.

« La lutte qui s'établit entre son organisation et les forces constitue le travail de l'acclimatement; le travail plus ou moins orageux consiste dans la tendance qu'ont les organes à se mettre en équilibre avec le climat, les uns faiblissant par degrés, les autres prenant insensiblement une prédominance plus marquée. L'hygiène de l'acclimatement doit donc surveiller avec la plus grande attention les organes naguère les plus forts dont il faut ralentir l'activité et ceux qui, naguère les plus faibles, prennent trop rapidement le rhythme propre au climat.

« Or, ces organes sont le tube digestif et le foie.

« Voyons, en effet, dans quel état ils se trouvent chez les indigènes.

« Le cachet propre du pays de la torride leur est imprimé par la permanence de la chaleur ou par la moyenne très-élevée de leur température, il résulte que l'action solaire y est la cause principale du tempérament des indigènes, celle qui fait modifier celui des Euro-

péens et cependant l'action solaire qui influence si fortement l'organisme n'est qu'une prédisposition aux maladies; en exaltant certains systèmes, elle les rend d'autant plus impressionables, mais c'est à un autre ordre de causes qu'il faut attribuer les maladies.

« Le propre de la chaleur est de produire une détente par les sueurs ou les éruptions, soit que pendant la sécheresse elle resserre et crispe les tissus, toujours elle appelle vivement les fluides sous la peau, elle en colore le tissu et le rend très-sensible.

« Tout ce qui sympathise avec la peau directement, tous les sens et celui de l'amour en particulier partagent cette activité. Tout ce qui remplace la peau, tout ce qui s'exalte par concentration tombe au contraire dans un état d'anémie.

« Ainsi les forces digestives sont plus ou moins languissantes, le chyle qu'elles séparent des aliments peu nourissant et dès lors imparfait, le sang reste donc séreux et peu existant, d'autant que la muqueuse pulmonaire partage la faiblesse de la digestion et que l'air des pays chauds n'offre pas, sous un volume donné, beaucoup d'éléments oxigénés. Il en résulte de cette physiologie et de cet entraînement que l'indigène vit au dehors plus qu'au dedans. Passionné pour les plaisirs du sens, doué d'une exaltation nerveuse qui tient toute aux impressions externes et par cela même est fugitive, il est peu capable de concentration qui occupe fortement les organes profonds.

« Alors il arrive que les humeurs séreuses et mal oxigénées contiennent comme le pigment une grande quantité de carbone, par cela même elles sont peu existantes et produiraient une stupeur profonde si la nature ne rejetait ce principe anti-vital. Dans les pays froids où la respiration est très-active, c'est elle qui est chargée de cette épuration conjointement avec le foie et peut-être la peau; dans les pays chauds, l'exaltation cutanée absorbant la vie des muqueuses, le poumon languit par l'expiration comme par l'inspiration. La peau et le foie le remplacent alors dans ses fonctions.

« La peau et le foie sont donc les plus vivants dans les pays chauds comme le poumon et le tube digestif sont les plus vivants dans les pays froids. De là il résulte cette loi physiologique qui remplaçant un organe par un autre dans ses fonctions le remplace également dans ses maladies, le tempérament sanguin, produit d'une chylification et d'une hématose parfaites appartient aux pays froids avec les pneumonies et les gastrites, le tempérament bilieux produit d'une saturation de carbone appartient aux pays chauds avec les hépatites et les dysentéries.

« Cette organisation des hommes de la torride leur fait une né-

cessité d'aliments faciles à digérer et cependant très-nutritifs « système digestif languissant, » de boissons délayantes et légèrement toniques « pour tempérer l'excitation cutanée sans exalter le système digestif, » des vêtements légers mais isolants « pour rendre nul l'effet des variations de température, » d'une vie insouciante et indolente « pour prévenir un épuisement facile, » d'un grand calme dans les passions ou les travaux de l'esprit.

« Aussi tel est l'indigène des pays chauds, vivant de riz, de miel et de laitage, buvant de l'eau, se couvrant de coton, paresseux et ignorant. L'Européen, au contraire, sous l'empire de son climat, mange beaucoup et des substances animales, boit du vin, se couvre indifféremment de toile ou de laine, fait le repas du corps et de l'esprit.

« Ce n'est donc pas sans danger qu'il continuerait le même genre de vie; la première action du climat porte sur la peau qu'il exalte, sur le tube digestif qu'il affaiblit. La première indication que lui donne l'hygiène est donc de diminuer ses aliments, de les rendre insensiblement moins actifs et moins substantiels; elle lui dit en même temps de protéger l'organe cutané de manière à ce qu'il ne s'active que par degrés et surtout qu'il ne ressente pas brusquement les variations de température.

« La seconde action du climat a lieu bien plus lentement, elle consiste dans le renversement des fonctions du poumon et du foie. Ce renversement néanmoins ne tarde guère, parce que le poumon languit forcément pour les raisons déjà données; le sang qui ne se dépouille pas aussi vite excite donc de préférence l'organe de la nouvelle hématose, ainsi la seconde action du climat porte sur le foie, la seconde indication à remplir consiste à menager la transition physiologique; à protéger le foie contre l'abus d'un sang trop riche « ce qui a lieu en soignant l'alimentation » et contre les variations de température.

« Les lois de l'acclimatement consistent donc fondamentalement dans l'hygiène des surfaces cutanées externe et interne. En changeant le mode d'alimentation non pas d'une manière brusque mais avec des transmissions relatives au tempérament, l'Européen perdra son excès de cruor et une partie de son activité, il se transformera pour le nouveau climat qui l'influence, ainsi avec une alimentation convenable il évitera les affections du tube digestif; avec un vêtement qui protége la peau sans la charger, il évitera celles du foie et de la respiration. Tout s'enchaîne dans la vie, l'hygiène doit tout veiller simultanément. En suivant ces lois sans ménagement mais sans crainte, l'Européen s'acclimatera et pourra, comme nous avons dit, atteindre un âge aussi avancé que les indigènes. »

Le lecteur ne m'en voudra pas d'avoir fait une aussi longue citation, car c'est le meilleur exposé général que je pouvais présenter sur la matière et s'il fait la part de l'influence de l'époque sur certaines affirmations de détail qui sont en parfaite concordance avec ce qu'on pensait de la physiologie au temps de Thévenot, il trouvera comme moi qu'on ne pouvait penser plus sagement touchant la question de l'existence des Européens au Sénégal.

Exprimons le regret qu'un esprit aussi élevé, un homme aussi instruit, un médecin aussi remarquable à tous égards, n'ait pu trouver, dans l'organisation de la médecine navale de l'époque, une position qui l'ait conservé plus longtemps à la vie et lui ait permis de continuer ses remarquables travaux, car après avoir passé trois longues années au Sénégal, l'infortuné ne put obtenir comme faveur extrême que l'obligation d'aller servir à la Guadeloupe, où il succombait moins d'un an après son arrivée sous les coups des endémies tropicales.

Nous allons partager notre exposition des règles d'hygiène privée, que les Européens qui habitent le Sénégal doivent suivre soigneusement, en trois parties :

A. Hygiène des individus bien portants;
B. Hygiène des malades;
C. Hygiène des convalescents.

Seulement on nous permettra de ne pas donner une égale longueur à chacune de ces trois parties, parce que, disant à mesure que nous en trouverons l'occasion tout ce qui se présente à l'esprit touchant tel ou tel point des questions que nous aurons à étudier, il est naturel que la première soit plus étendue et plus développée. Au fond, l'inconvénient de cette disproportion sera nul puisque en se rapportant à ce que nous aurons dit précédemment, on pourra quand on lira les dernières parties compléter facilement par la pensée tout ce que nous ne dirons pas et qui serait d'ailleurs une répétition.

HYGIÈNE DES INDIVIDUS BIEN PORTANTS.

Pour présenter avec ordre les considérations afférentes à l'hygiène des individus bien portants, nous allons nous occuper successivement :

1° Du choix des individus destinés à aller au Sénégal;

2° Du moment où ils doivent arriver dans la colonie;

3° Des précautions qu'ils doivent prendre pendant leur séjour; et nous aurons, je crois, parcouru le cercle entier des raisonnements que l'on peut faire d'une manière générale sur cette question.

Choix des individus destinés à aller dans la colonie du Sénégal.

Il tombe *a priori* sous le sens que, puisque le séjour en Sénégambie est pénible et difficile, il faut choisir avec un certain soin les Européens qui doivent y être envoyés ; il est en effet incontestable que, suivant qu'on prendra les émigrants dans telle ou telle catégorie de race, d'âge, d'habitudes, de professions, etc., etc., on les verra résister plus ou moins heureusement aux influences délétères du climat.

Pendant longtemps on a choisi les soldats des garnisons du Sénégal comme ceux de la plupart des autres colonies parmi les hommes de bonne volonté qui s'engageaient dans les ports de guerre ou de commerce pour aller servir dans nos possessions d'outre-mer. Ces hommes étaient trop souvent pris dans la lie des soldats et marins; il suffit de jeter un coup d'œil sur les rapports dont j'ai donné des extraits dans mes études sur la Sénégambie (*Moniteur du Sénégal*, 1872-73-74), pour avoir une idée de ce qu'étaient les militaires des grades inférieurs employés dans le contingent du Sénégal au siècle dernier.

Prendre ainsi pour les garnisons du pays qui nous occupe des hommes pareils était une mauvaise chose à tous égards. Je ne me baserai ici que sur les considérations de l'hygiène et de la santé pour montrer que l'État n'y devait pas trouver son profit en effet. Les vicieux de la classe inférieure de la société sont des individus adonnés très-généralement à l'ivrognerie, et tout le monde sait que les ivrognes ne tardent pas à tomber gravement malades au Sénégal. On voit donc que les journées d'hôpital devaient être très-nombreuses relativement aux journées de service chez de pareils soldats.

Dans le commencement de ce siècle et jusqu'à une époque assez rapprochée de nous, on expédiait assez volontiers de la métropole vers le Sénégal les soldats et marins dont on avait à se plaindre soit au point de vue de la tempérance, soit sous les rapports de la discipline. C'était une mauvaise combinaison encore, à mon avis, car outre l'inconvénient d'avoir des hommes difficiles à conduire, souvent malades, dans ces climats, il arrivait que celui qui avait été envoyé dans le pays par les besoins du service et par conséquent avait fait une campagne dure, dangereuse, c'est-à-dire méritait grandement la sympathie de tous et la bienveillance de l'Etat, était presque obligé de renier au retour qu'il avait servi daus ces pays malsains, de peur d'être confondu avec ceux qu'on y avait envoyés en punition.

Très-heureusement les choses sont entièrement changées de nos jours : les besoins du service, le tour régulier du départ président

seuls à l'envoi au Sénégal, comme dans les autres colonies, et s'il y a dans le pays qui nous occupe, comme en Cochinchine, des militaires dont la conduite passée laisse à désirer, ces militaires sont incorporés dans des compagnies spéciales dites compagnies de discipline, tout à fait distinctes et séparées du restant de la garnison.

Nous applaudissons donc à cette heureuse modification qui fait que l'envoi dans ces pays malsains n'est plus une punition, ne porte plus sur des hommes dont on avait à se plaindre et il nous serait facile de démontrer que le gouvernement a gagné à cette modification; d'ailleurs prouvons-le.

Nous venons de dire que, dans le moment actuel encore, il y a au Sénégal des compagnies dites disciplinaires; voyons si les résultats obtenus sont de nature à nous faire conserver l'extension, la conservation dans les proportions actuelles, ou la suppression de cette mesure.

Eh bien ! il est incontestable que les disciplinaires sont plus souvent malades que les autres militaires, toutes choses égales d'ailleurs, et la preuve c'est qu'ils ont fourni dans la statistique que j'ai dressée : 198,67 malades ; 11,55 convalescents ; 8,51 morts pour 100 hommes; alors que l'infanterie qui fait un service très-analogue, n'a fourni que 176 malades, 13 convalescents et 7,58 morts.

Si même nous remarquons que, lors des épidémies de fièvre jaune de 1859, il n'y avait pas de soldats disciplinaires à la colonie, ce qui fait que dans notre statistique, la mortalité de la fièvre jaune est de 20,5 p. 100 pour l'infanterie, tandis qu'elle n'est que de 1,80 pour les compagnies de discipline, nous voyons que les troupes en punition fournissent un nombre de décès notablement plus grand que celles qui appartiennent à l'armée régulière.

Ai-je besoin de rappeler cet axiome militaire que le soldat se conduit d'autant mieux au feu et au travail qu'il est plus discipliné, pour faire admettre que les compagnies de punition ne peuvent rien réclamer sous aucun rapport, on le sait bien au Sénégal, de sorte que la question est jugée à ce sujet.

Reste la question de savoir si, au point de vue de la discipline proprement dite, il est utile ou non d'envoyer des hommes en punition au Sénégal. Je ne puis m'y engager et je me borne à faire ressortir que ces hommes en punition coûtent plus et rendent de moins bons services à l'État. Je n'ai pas qualité ici pour apprécier s'il vaut mieux que le pays s'impose une dépense plus forte pour punir les récalcitrants ou s'il est préférable que la question de santé des individus prime toute autre considération.

Quoi qu'il en soit, en nous tenant dans le champ exclusif de l'hy-

giène, nous dirons avec Thévenot que, non-seulement il ne faut pas envoyer dans les colonies des hommes tarés, mais il faudrait même les choisir de la meilleure conduite possible. « Et alors, ajoutait notre savant prédécesseur en 1840, comme il y aurait injustice eu égard au climat, il conviendrait d'abréger la durée du séjour et de donner aux soldats des avantages de position, l'excédant de la dépense serait bientôt couvert par les économies de l'hôpital. »

De nos jours, l'autorité a apporté toutes les améliorations compatibles avec les nécessités du service, hâtons-nous de le reconnaître, car depuis le moment où Thévenot écrivait cette pensée, le temps de service au Sénégal a été abaissé de quatre ans à trois, puis à deux même. Nous applaudissons à cette mesure, nous voudrions de plus que les hommes qui sont envoyés dans les postes du haut fleuve et des rivières du Sud, fussent rapatriés de plein droit à l'expiration de leur corvée ; il y aurait dans cette mesure un stimulant très-heureux de leur courage pendant leur isolement; et remarquons que, comme des congés de convalescence leur sont presque toujours accordés dans le moment actuel à leur retour de ces postes, l'Etat n'aurait en somme à supporter qu'un accroissement de dépenses vraiment insignifiant pour le budget.

On a eu longtemps la croyance qu'en choisissant les hommes nécessaires au Sénégal parmi ceux qui sont au service à Rochefort, on diminuerait le nombre des maladies et des décès, parce que, pensait-on, ces hommes acclimatés déjà à un milieu paludéen subiraient avec moins de révolte organique le paludisme sénégambien. Quand il a été démontré qu'il faut que l'Européen ait un certain temps de séjour dans le bas fleuve avant de monter dans le pays de Galam, si on veut qu'il ait moins de chance de subir une impaludation sidérante et rapide, on a pensé que c'était la corroboration la plus claire de la théorie que l'on admettait en puisant les éléments de la garnison sénégalaise dans les pays de la Charente. Mais cependant Lind, Thévenot, Michel Levy ont montré, à diverses époques, que les individus qui proviennent des pays marécageux, loin de présenter une immunité quelconque contre la fièvre, en sont, au contraire, plus vite et plus gravement atteints, de sorte que la question doit être considérée comme jugée aujourd'hui.

La meilleure preuve que nous puissions donner que les individus nés ou acclimatés dès l'enfance dans un milieu paludéen, n'ont pas pour cela acquis une immunité complète et même au cas où ils se portent bien chez eux ne sont pas assurés de résister au paludisme dans les pays éloignés : c'est que le noir de Oualo ou du Cayor, pays éminemment paludéens, résistent moins bien que les Européens au

paludisme de la Côte-d'Or et du Gabon et *vice versa*. Bien plus, il n'est pas nécessaire même qu'ils émigrent aussi loin pour éprouver l'influence pernicieuse du climat; en effet, qu'on les porte en Cazamance ou dans le Haut-Fleuve, et ils ont perdu aussitôt toute immunité.

Or on conviendra que, du climat de Saint-Louis à celui de la Cazamance, il y a moins de différence que de celui de Rochefort à celui de Saint-Louis et de Gorée, et, on le voit, l'espoir d'obtenir ainsi une immunité contre le paludisme doit s'évanouir aussitôt. L'expérience a donc jugé péremptoirement la question depuis longtemps.

Si l'idée de choisir les garnisons du Sénégal dans les hommes qui proviennent des pays marécageux n'est pas féconde, il est incontestable cependant que celle qui voudrait qu'on choisît ces hommes dans certains pays déterminés, afin qu'ils présentent plus de résistance aux influences morbifiques de la Sénégambie, a de sérieux avantages, et comme il a été démontré antérieurement que les sujets nés dans le midi de la France, en Provence, dans le Languedoc, en Gascogne, résistent un peu mieux que ceux qui sont nés dans le nord aux endémies tropicales, il est naturel de formuler le vœu que ces individus entrent, pour la plus grande part possible, dans les contingents qu'on expédiera désormais au Sénégal.

Si la question de la provenance des hommes envoyés au Sénégal a une importance incontestée, *a fortiori* celle de la constitution, de l'âge, de l'état de santé des individus est capitale. Nous ne saurions trop insister sur ce fait que la visite des individus qui sont envoyés au Sénégal doit être faite avec le plus grand soin, car le moindre oubli ou la plus petite négligence sous ce rapport peut avoir les plus tristes conséquences pour la vie des hommes, mais encore pour l'intérêt du trésor.

Thévenot cite des exemples frappants dans cet ordre d'idées; je pourrais en rapporter cinquante au courant de la plume et sans avoir besoin de fouiller longtemps dans le souvenir des faits dont j'ai été témoin au Sénégal. Un, entre autres, m'a frappé si vivement qu'il est resté présent à mon esprit dans ses moindres détails; il s'agit d'un jeune caporal des tirailleurs sénégalais qui fut atteint d'hépatite aiguë et dont l'abcès s'évacua par le poumon, je fis donner à cet intéressant malade un congé de convalescence au mois de mai 1873, et l'air de la mer lui fut tellement favorable pendant la traversée de retour qu'il semblait bien guéri à son arrivée dans la mère-patrie. Malgré le soin que j'avais pris de faire écrire sur le certificat que cet homme ne devait plus être renvoyé au Sénégal, il y revenait avant la fin de l'hivernage, et bien qu'il eût les

apparences de la santé, il entra bientôt à l'hôpital pour hépatite, un abcès au foie se déclara et il succomba peu de temps après n'ayant pu faire aucun service utile à la colonie.

Je me plais à croire et me hâte de dire que ce fait malheureux est sans doute le résultat d'une erreur et que l'intéressé cacha même son état pour ne pas être retenu en Europe, mais j'ai voulu cependant le signaler pour montrer quelles terribles conséquences un retour prématuré peut avoir dans certaines conditions ; il me serait aussi facile de citer des faits où, dès les premiers jours de l'arrivée, l'inaptitude de séjourner dans le pays s'est manifestée.

Je ne saurais trop insister sur cette question de la nécessité qu'il y a de visiter scrupuleusement les hommes qui doivent être dirigés sur le Sénegal et soit que la constitution laisse un peu à désirer, qu'un état d'anémie même légère, qu'une maladie antérieure grave, qu'une atteinte de fièvre ou de dysentérie puisse être évoquée, il vaudrait mieux conserver l'individu en Europe ou le diriger sur une autre colonie. *A fortiori*, si le moindre engorgement du foie, si le plus léger soupçon d'affection organique des poumons existe, la décision doit être irrévocable.

Je crois que notre occupation du Sénégal nécessitera toujours la présence d'une très-forte proportion d'Européens, mais cependant l'idée d'avoir des troupes indigènes pour le service des postes malsains et de remplacer le plus possible l'élément blanc, trop difficile à conserver en bon état de santé, par les naturels de la localité, est très-féconde ; elle mérite d'être étudiée avec soin et mise en pratique aussi largement qu'on pourra.

Je n'ai pas à entrer dans les détails techniques des moyens à employer pour arriver au meilleur résultat, mais je me demande tout d'abord pourquoi les noirs natifs de Saint-Louis, de Gorée et de quelques-uns des points de la colonie où la population indigène est absolument liée à nous, ne pourraient être astreints à une conscription analogue à celle que nous supportons en France. Nous aurions ainsi un noyau d'hommes capables de faire de bons soldats contre les influences morbifiques de la contrée. Il a été fait des essais touchant l'envoi d'Algériens dans les postes de Sénégal, j'ignore quel résultat a été obtenu au point de vue administratif ; mais je crois, sans pouvoir cependant l'affirmer d'une manière absolue, qu'au point de vue sanitaire, il serait à désirer qu'on pût faire entrer le plus grand nombre possible d'Arabes dans les contingents de notre garnison du pays qui nous occupe.

Moment de l'arrivée dans la colonie.

La question du choix des individus destinés à aller au Sénégal est très-importante ainsi que je viens de le démontrer; celle du moment où ces individus doivent arriver dans la colonie ne l'est pas moins, elle est relativement à la précédente ce qu'est dans l'ordre nosologique la cause déterminante vis-à-vis de la cause prédisposante et par conséquent doit grandement préoccuper l'autorité militaire comme la médecine.

On a dit avec raison que le moment le plus favorable pour arriver dans tout pays tropical est celui où la température se rapproche le plus de celle de la zone tempérée. D'autre part, personne ne songe à contester cette affirmation que, dans les pays périodiquement malsains, il faut arriver au moment de l'année où l'insalubrité est au minimum. Enfin, il y a un troisième terme de problème qu'il ne faut pas négliger, c'est qu'il est utile que l'individu nouvellement arrivé ait un certain temps pour s'acclimater au pays avant l'explosion de la mauvaise saison.

Or en tenant compte de ces trois facteurs nous voyons que les mois de décembre, janvier et février sont les plus favorables pour l'arrivée; les mois de mars et d'avril ne seraient pas des moments inopportuns si on devait commencer par faire une station de quelques mois à Gorée; mais, dès le mois de mai, il faut renoncer à diriger des troupes sur la Sénégambie; car l'intensité des rayons solaires, la rapide élévation de température et la proximité de la mauvaise saison font que les chances de maladie sont beaucoup trop grandes.

Lorsque les obligations du service ou les hasards de l'existence portent les individus à arriver dans la colonie pendant les mois chauds ou malsains de l'année, il faut qu'ils redoublent de précautions pour ne pas être atteints par les mille chances fâcheuses qui les menacent, et je dois signaler deux choses surtout dont ils doivent se méfier d'une manière spéciale.

1° Les rayons du soleil toujours terriblement dangereux pour tous les Européens, mais particulièrement pernicieux aux nouveaux arrivés.

2° Les refroidissements brusques du corps en sueur et l'exposition même aux courants d'air, bien qu'ils soient extrêmement agréables, car cette exposition doublée ou non de l'ingestion de boissons fraîches peut provoquer la cholérine, l'explosion de la dysentérie ou d'une hypérémie très-dangereuse du foie.

Si nous n'avions en vue que les prescriptions de l'hygiène, nous

dirions que les nouveaux venus devraient, autant que possible, séjourner quelques-mois à Gorée pour s'y acclimater. Les exigences du service commandent l'arrivée immédiate à Saint-Louis dans le plus grand nombre des cas, aussi ne devons-nous pas être trop exclusifs, mais cependant nous devons signaler l'extrême utilité de cette acclimatation préalable dans les centres relativement sains comme Gorée et Saint-Louis, avant d'aller affronter les dangers des pays plus malsains de l'intérieur. J'ai fait ressortir cette nécessité précédemment, assez en détail pour n'avoir pas besoin d'y insister plus longuement dans le moment présent.

Précautions hygiéniques des individus bien portants pendant leur séjour dans la colonie.

Nous suivrons pour l'exposition des précautions que doit prendre l'individu bien portant pendant son séjour au Sénégal, le cadre adopté par Michel-Lévy dans son remarquable traité d'hygiène, et qu'on nous permette de répéter ici ce que nous disions précédemment que, dans cette étude toute spéciale, nous ne faisions qu'utiliser les données de l'hygiène sans avoir pour objectif de faire des innovations ou des découvertes. Aussi le lecteur doit-il avoir en mémoire, au préalable de la lecture de notre livre, les préceptes donnés par les livres classiques qui ont étudié la question de l'hygiène en général d'une manière complète et détaillée, et que nous ne pouvons avoir ici la prétention d'imiter.

CIRCUMFUSA.

On entend, on le sait, par circumfusa en hygiène tout ce qui regarde les airs, les eaux, les lieux d'Hippocrate. Nous avons, à plusieurs reprises et en plusieurs endroits de ce livre, parlé de ces détails avec assez d'insistance pour n'avoir pas besoin de nous étendre bien longuement ici; mais cependant nous allons retracer à grands traits les principales règles à observer pour conserver la santé dans un pays où les airs, les eaux, les lieux présentent tant de causes morbiques aux Européens.

Des airs.

Nous avons dit précédemment que la Sénégambie, comme d'ailleurs toutes les localités voisines des côtes de l'Afrique tropicale et équatoriale, sont sous l'influence du paludisme porté à son summum d'intensité et personne ne nous contestera cette assertion que l'élément paludéen est capital dans les pays qui nous occupent.

De plus, nous avons vu par la description du climat que la position géographique du bassin du Sénégal et de la Gambie donne à ce pays un cachet spécial d'alternatives brusques de sécheresse et d'humidité, de chaleur et de frais parfois piquant, toujours sensible, et que ces rapides transmissions ont un retentissement fâcheux dans maintes circonstances tant sur les corps organiques ou inanimés, que sur les individus et plus particulièrement sur les Européens qui viennent habiter transitoirement et à l'âge adulte les pays précités.

Nous ne reviendrons pas sur les détails de ces affirmations, mais nous allons dire en quelques mots ce qui doit être fait par l'Européen désireux de conserver sa santé dans un pays où tant de causes se multiplient à l'infini pour avoir raison de son existence.

Et d'abord nous dirons qu'ici, comme dans tous les pays malsains, l'individu désireux de se bien porter doit tâcher de ne quitter le lieu où il a passé la nuit qu'après le lever du soleil, et quand les rayons bienfaisants de cet astre ont déjà produit un certain échauffement de l'atmosphère.

Dans certaines localités, à Saint-Louis par exemple, il n'est pas contraire à une bonne hygiène d'aller le matin avant le jour, sur la plage du Guet N. Dar, faire une bonne et longue promenade sur le bord de la mer quand on peut disposer d'un cheval à l'aide duquel on franchit très-rapidement l'intervalle qui sépare l'île de la côte de Barbarie. Mais maintes fois néanmoins on pourra contracter la fièvre en traversant le petit bras du fleuve à une heure où les vapeurs condensées sont étendues sur la terre et les cours d'eau. De sorte qu'à moins de conditions particulières et exceptionnelles, il vaut mieux en définive, là comme d'ailleurs dans tous les autres points de la Sénégambie, se laisser surprendre dans son appartement par le lever du soleil.

L'autorité comme les particuliers devraient s'occuper en Sénégambie de la question de la modification des airs du pays. On sera étonné sans doute de m'entendre dire une chose pareille en songeant que les centres habités sont une si infime proportion de l'étendue du pays, que leur transformation même très-complète serait certainement inaperçue dans la question de la salubrité générale du pays. Je ne crois pas en effet qu'on obtînt une amélioration générale, mais il est incontestable que certaines améliorations locales seraient produites, et même assez facilement, par des efforts sagement conçus et longtemps continués.

Comment améliorer les airs? eh bien ! je crois qu'à l'aide de plantations bien entendues on y arriverait. Prenons par exemple Saint-

Louis et ses environs immédiats, car c'est un des lieux que l'on connaît le mieux et le plus facilement, de même que c'est un des endroits assez malsains de la Sénégambie. Pour Saint-Louis, donc, si à mesure qu'à l'aide de quais et de remblais on a élevé le sol de l'île d'une manière suffisante pour que la terre soit moins imbibée de sel marin, on plantait, dans les rues et sur les quais, des rangées d'arbres comme les phillaos (*Casuarina indica*) qui s'élèvent verticalement et dont le feuillage est assez ténu pour bien tamiser la brise qui vient des endroits marécageux, ou bien tel autre arbre comme le tamarinier, je suis convaincu qu'on ferait une chose utile pour l'hygiène comme pour le bien-être des habitants.

Si, sur les bords du fleuve du côté de Sor, on remblayait le sol de manière à le mettre à l'abri des infiltrations d'eau de mer et on plantait des rideaux de cocotiers, de ficus, de tamariniers et d'autres arbres, nul doute que l'influence paludéenne ne diminuât très-sensiblement dans ce petit point où est un centre d'habitation européenne important, alors que le restant du pays resterait malsain comme il l'est actuellement.

Des eaux.

Nous avons dit en maints endroits que les eaux entrent pour un grand coefficient dans les maladies du pays en Sénégambie : l'hygiène publique réclame des travaux pour les marais avoisinant les centres d'habitation, l'hygiène privée réclame aussi bien des améliorations. Nous avons parlé de la nécessité de la filtration de l'eau potable, de son ébullition préalable pour détruire les germes qu'elle peut contenir. Nous n'aurons plus grand'chose à ajouter ici.

Dans les cas où les marais voisins des habitations n'ont pu être ni desséchés, ni transformés en nappes liquides permanentes, on s'est très-bien trouvé en Europe et dans certains pays du nouveau monde, de plantations arborescentes qui, formant des rideaux dirigés dans tel ou tel sens, sont capables de dériver les courants d'air, et on comprend que, de cette manière, le voisinage d'un foyer morbigène peut être très-singulièrement atténué.

Dans un pays comme la Sénégambie, où les brises sont constantes et à direction bien déterminée, le problème est assez facile à résoudre et ces plantations auraient absolument de bons résultats. Nous venons de parler de ce sujet il n'y a qu'un moment, et d'ailleurs, comme nous n'avons pas besoin d'entrer dans des détails techniques là-dessus, il aura suffi de formuler l'idée pour que le jour où l'amélioration sera tentée on ait soin de réfléchir et calculer au préalable dans quelle direction telle ou telle ligne d'arbres doit

être plantée, quelle espèce végétale doit être choisie, placée en première, seconde ou troisième ligne. Comment on peut par deux lignes parallèles ou obliques faire un canal, un entonnoir dans lesquels l'air sera poussé et produira une circulation très-analogue à celle que l'on fait par les prises d'air et les cheminées dans les édifices publics.

Des lieux.

Nous avons déjà dit à maintes reprises des détails qui touchent l'étude des lieux telle que le comprend l'hygiène, de sorte que nous pourrons abréger beaucoup ici, je pense, sans qu'il y ait une lacune bien regrettable dans notre travail.

Habitations.

Les habitations ont besoin d'être disposées d'une certaine manière au Sénégal pour répondre aux lois de l'hygiène, car elles sont une arme puissante de protection ou de danger pour la santé des Européens.

Les rez-de-chaussée sont plus malsains, toutes choses égales d'ailleurs, que les étages plus élevés pour maintes raisons, d'abord l'humidité du sol, en second lieu les émanations telluriques ou maremmatiques s'y condensent plus volontiers et la chose est assez démontrée par l'expérience pour que les Européens aient pris depuis longtemps le soin d'y habiter le moins possible.

A Saint-Louis et à Gorée, ils habitent à peu près exclusivement les étages élevés, tandis que dans les postes secondaires, les comptoirs et les villes comme Dakar et Rufisque, ils vivent au rez-de-chaussée et cette condition entre peut-être pour plus qu'on ne croit dans la question de l'insalubrité relative des divers points de la colonie.

Il est à désirer que les rez-de-chaussée soient exclusivement réservés aux magasins, aux offices et à l'habitation des noirs, et encore, pour être dans de bonnes conditions, il faudrait qu'ils fussent plus élevés que le sol ambiant, que la différence de niveau fût faite par le dépôt de matières qui comme les pierres dures, les scories de forge opposent un obstacle au cheminement de l'humidité. Un plancher en bois ou un parquet en béton placé sur cet exhaussement compléterait très-bien l'habitation.

Dans certaines maisons de Saint-Louis, on a eu la sage précaution d'interposer à niveau du sol une lame continue de un ou deux centimètres d'asphalte entre les fondations et le restant du mur extérieur ; cette mesure est extrêmement sage, elle empêche l'eau de

monter par le fait de la capillarité jusqu'aux étages supérieurs et diminue très-notablement l'humidité des rez-de-chaussée.

Les Européens doivent habiter le plus possible aux étages élevés, avons-nous dit; les maisons sont ordinairement d'un étage de hauteur, nul doute que le second fût plus salubre que le premier, le troisième que le second, ainsi de suite.

Les verandas et les galeries couvertes sont d'une grande utilité, aussi faut-il désirer que cette coutume se perpétue.

Je n'en dirai pas autant des terrasses qui recouvrent les maisons et qui portent dans le pays le nom d'armagasses. Je voudrais qu'elles fussent remplacées par des tuiles posées sur des plans inclinés, car les chambres munies ainsi de combles qui seraient munis de larges ouvertures seraient beaucoup plus fraîches qu'elles ne le sont par la coutume actuelle des armagasses.

Les chambres d'habitation du premier étage sont, en général, munies d'une galerie couverte du côté de la cour intérieure, le plus souvent d'un balcon du côté de la rue, dispositions qui permettent une large aération et l'existence des habitants dans un milieu où les fraîcheurs extérieures arrivent facilement.

Quelques maisons ont, en outre du corps de logis principal, un ou deux pavillons entièrement isolés vers lesquels on accède par la terrasse et qui constituent d'excellentes chambres à coucher parce qu'elles sont plus fraîches que les autres pendant l'hivernage.

La direction des maisons, l'orientation des diverses ouvertures de l'habitation présentent dans un pays comme le Sénégal une importance du premier ordre; car, suivant que ces ouvertures sont pratiquées dans une direction ou dans une autre, les appartements sont sensiblement plus chauds ou plus frais à certains moments de l'année et même du jour.

On se préoccupe beaucoup et avec raison au Sénégal de cette orientation des diverses maisons et il y a longtemps déjà qu'on a entrepris la discussion de savoir s'il valait mieux que les ouvertures fussent dirigées de tel ou tel côté, que les corps de bâtiment regardassent telle ou telle direction et ici comme toujours des opinions très-contradictoires ont été formulées par des hommes d'une égale valeur scientifique et d'une égale autorité pour les choses de la santé.

Ainsi Thévenot, disposé par exemple à incriminer les brusques refroidissements de l'atmosphère et du corps, a recommandé avec grande insistance d'éviter les brises de l'ouest. Au contraire, bien d'autres, et c'est la majorité, trouvant le vent d'est aussi pénible à supporter que la brise de mer rafraîchissante, ont opposé qu'il fal-

lait faire au Sénégal ce qu'on fait dans l'Inde où les ouvertures sont disposées de manière à recueillir tous les souffles de brise de mer qui veulent venir rafraîchir l'atmosphère.

A qui donnerons-nous raison? ma foi, la chose semble très-difficile de prime abord, et cependant avec un peu d'attention nous verrons qu'on peut très-bien faire concorder les opinions en faisant quelques distinctions et surtout en tenant compte des habitudes, c'est-à-dire des imprudences des diverses catégories d'Européens qui habitent la Sénégambie.

Parlons d'abord de ce qui ne divise pas les opinions. Je veux parler de l'utilité de la veranda. Il faut à tout prix se garantir du soleil dans les pays tropicaux et surtout au Sénégal, de sorte que l'existence d'une veranda large au moins de 3 mètres et de la longueur de la maison tout entière, de manière à être aussi largement aérée que possible, est une chose de première nécessité. C'est là qu'on prend les repas, qu'on se promène aux heures fraîches de la journée, qu'on reçoit les visites, etc., etc. Mais ajoutons aussitôt que ceux qui ont envie de conserver leur santé doivent s'abstenir d'y faire la sieste pendant la journée ou d'y dormir pendant la nuit, et, ne l'oublions pas, cette prescription est absolue à mon avis.

De quel côté doit être la veranda? Tout d'abord nous rejetons celles qui sont à l'est et à l'ouest, car elles exposent soit au soleil levant, soit au soleil couchant d'une manière désagréable et peuvent faire prendre une insolation au plus prudent qui a un moment d'oubli. On est obligé de les garnir de nattes qui interceptent l'air, qui obscurcissent les chambres d'habitation de sorte que nous les déclarons sans hésitation inférieures à celles qui sont dirigées soit vers le nord, soit vers le sud.

Parmi ces dernières laquelle est préférable. Nous voudrions que chaque maison en eût deux, les magasins du rez-de-chaussée n'en seraient que plus vastes et on pourrait vivre davantage sur ces galeries en ayant soin de passer alternativemet du côté nord ou du côté sud pendant la saison sèche et pendant l'hivernage.

Dans le cas cependant où il ne peut y avoir qu'une veranda, nous n'hésitons pas à la désirer au sud et pour les raisons qu'on va comprendre facilement : sous le rapport du soleil, nous savons que la veranda du sud est préférable pendant l'hivernage, parce que le soleil ayant dépassé le parallèle du Sénégal éclaire davantage les parties exposées au nord. Pendant la saison sèche, le soleil est sensiblement moins ardent et par conséquent plus supportable.

Pendant l'hivernage, la veranda au sud reçoit sans obstacle tous les souffles de brise venant depuis le S.-E. jusqu'au S.-O., et il y a des

moments où la température est si élevée, où l'air est si étouffé que vraiment un peu d'air est un bien inappréciable. Pendant la saison sèche, au contraire elle est garantie des vents N.-E. et N.-O. qui pénètrent le corps d'une humidité désagréable et exposent les individus qui séjournent depuis quelques mois au Sénégal, à des affections aiguës de la respiration.

Voilà donc la question de protection contre les rayons solaires jugée par la préconisation d'une veranda aussi large que possible parfaitement dégagée dans toute son étendue, couverte et dirigée vers le sud. Voyons les autres particularités que les habitations doivent présenter pour satisfaire les lois de l'hygiène.

Nous avons dit que les uns veulent que les ouvertures soient dirigées vers l'est, les autres les désirent à l'ouest, il faut s'entendre tout d'abord et en effet le mieux c'est que la chambre à coucher présente des ouvertures aux quatre points cardinaux et la question se réduit à savoir laquelle on ouvrira suivant le moment.

En temps de vent d'est, quand la température est si désagréablement brûlante, on sait qu'il suffit de fermer hermétiquement toutes les ouvertures dirigées vers l'est et le plus possible des autres, puis de répandre un peu d'eau sur le plancher pour avoir aussitôt une atmosphère très-agréable; donc nous pouvons dire *à priori* que les ouvertures de l'est peuvent, dans nombre de cas, être sinon supprimées, au moins diminuées le plus possible.

La conclusion logique de ce que je viens de dire semble être que l'exposition à l'ouest est préférable; pourquoi donc Thévenot, qui a une si grande autorité dans les questions qui touchent le Sénégal, a-t-il formulé une opinion contraire? Eh bien, la chose est facilement compréhensible et en donnant une explication dont tout le monde appréciera la justesse, on s'expliquera très-bien la divergence actuelle plus apparente que réelle.

Lorsqu'on a des habitudes de prudence en fait d'hygiène, c'est-à-dire si on a le soin de ne pas se dévêtir d'une manière inconsidérée pendant les moments extra-chauds de la journée, tant en l'hivernage que pendant la saison fraîche, si on a un soin rigoureux de ne jamais faire la sieste pendant le jour ou dormir pendant la nuit sur la veranda; bien plus quand on a la précaution bien exacte de ne pas laisser de courant d'air dans l'appartement où l'on est couché et que l'on s'arrange de manière à ne pas recevoir sur le lit l'air qui vient du dehors; lors enfin qu'à tout cela on joint la coutume de coucher avec un caleçon et mieux encore avec une mauresque à pied, de manière à ce que jamais dans le sommeil on ne coure la chance d'avoir l'abdomem ou les pieds à découvert, l'exposition de

l'ouest est agréable, elle permet de savourer les délices d'une fraîcheur délicieuse à certains moments et par conséquent rend l'existence réellement moins pénible pendant l'hivernage.

Mais beaucoup sont-ils capables d'user seulement, de ne pas abuser dans cette voie de concessions? J'en doute et alors, comme le refroidissement intempestif du corps en sueur surtout pendant le sommeil est presque sûrement pernicieux, prédispose de la manière la plus dangereuse à la dysentérie, aux congestions hépatiques, aux coliques, aux rhumatismes, on comprend que les hommes comme Thévenot qui n'ont pas espéré qu'on sera assez sage pour rester dans une juste limite sur cette voie de la réfrigération alors qu'on est soumis à une tentation très-vive et de tous les instants, aient préféré proscrire d'une manière générale l'exposition des appartements à l'ouest; qu'ils aient recommandé l'exposition à l'est, car en effet si le vent d'ouest souffle, le mur de l'appartement fait écran pour protéger l'imprudent malgré lui-même ; si c'est le vent d'est qui est en activité, l'évaporation est si rapide que les refroidissements sont bien moins fréquents.

D'après ce que nous venons de dire, on comprend bien maintenant, j'espère, la valeur hygiénique des diverses expositions et si ceux qui sont parfaitement prudents, qui se sentent assez énergiques pour ne pas dépasser une certaine limite et succomber à la tentation, peuvent habiter les appartements dirigés directement du côté de la mer, ceux au contraire qui ne présentent pas ces conditions, la plèbe de la troupe, de la population, ainsi que les enfants, doivent soigneusement être écartés de cette exposition d'après le très-juste conseil de Thévenot.

INGESTA.

La question de l'alimentation est si importante dans la vie humaine, qu'on ne sera pas étonné qu'elle tienne un rang très-élevé dans l'hygiène des Européens transportés dans tous les pays chauds et particulièrement au Sénégal. C'est assurément à l'alimentation que beaucoup doivent leur immunité relative ou leur faible résistance aux influences morbifiques de la localité qu'ils habitent, et il est incontestable que par une attention bien dirigée cette alimentation est entre les mains tant du médecin que des intéressés eux-mêmes une arme puissante de protection ou de défense immédiate suivant le cas.

De prime abord, les conditions d'une bonne alimentation pour lutter contre des influences morbigènes du pays ne semblent pas difficiles à déterminer, mais nous sommes obligés de convenir que

dans la pratique et surtout quand on entre dans le détail des choses, le problème qui semblait fort simple à première vue se complique étrangement et on s'aperçoit bientôt qu'il y a non-seulement bien des inconnues à dégager, mais encore bien des indécisions à faire disparaître, des questions obscures à éclaircir, si nous voulons étudier la question d'une manière générale.

Si nous envisageons la chose au point de vue spécial où nous sommes placés actuellement, c'est-à-dire de l'existence temporaire des Européens au Sénégal, nous voyons que le problème est plus compliqué encore, si c'est possible. Car d'une part, pour ce qui est de l'individu on peut dire que le goût s'émousse et a besoin d'excitants plus vigoureux pour être impressionné, que l'appétit diminue en même temps que la digestion devient plus lente et plus paresseuse, etc., etc.; tandis que, d'autre part, pour ce qui est du pays, les substances qui doivent servir à l'alimentation ne sont ni variées ni même nombreuses comme elles doivent l'être pour constituer un bon régime, se présentent d'une manière non-seulement monotone mais encore désagréable souvent à la vue, et enfin manquent elles-mêmes des éléments nutritifs qu'on leur trouve dans nombre d'autres pays, de sorte que, on le voit, la situation n'est ni agréable pour l'intéressé ni favorable à la conservation de la santé.

Si nous avions à tracer les règles de l'hygiène alimentaire d'une manière classique et pour des individus qui étudient pour la première fois cette partie des études médicales, nous aurions des définitions et des explications à donner qui nous imposeraient un certain ordre d'exposition; mais, dans le moment présent, nous pouvons considérer nombre de particularités de la question comme déjà connues par le lecteur, et alors nous pouvons adopter une marche un peu différente.

C'est ainsi qu'au lieu de passer en revue la valeur nutritive des diverses substances dont nous aurons à parler, nous pouvons adopter l'ordre de description qui consiste à s'occuper successivement des divers repas que les individus prennent dans le courant de la journée. En déterminant ce qui est utile, médiocre, inutile dans chacun de ces repas, nous arriverons aussi bien que par une autre méthode à traiter le sujet dont nous avons entrepris l'étude.

Pour la même raison, nous n'aurons pas besoin de traiter ici la question des ingesta à fond comme dans les livres classiques, et c'est à ces livres classiques que nous renvoyons pour les lacunes que la nécessité de nous restreindre dans notre exposition nous force à laisser dans ce travail.

Mais, tout d'abord, qu'on nous permette d'entrer en matière par une considération dont chacun appréciera l'importance.

La loi militaire mise en vigueur dans notre pays à la suite de nos malheurs de 1870-71, a si profondément modifié l'armée qu'il faut que l'hygiéniste en tienne compte aujourd'hui quand il s'occupe de la nourriture de la troupe et des équipages des navires. On sait en effet qu'aujourd'hui la presque totalité des jeunes Français passe sous les drapeaux, le remplacement militaire n'est plus mis en pratique, toutes les classes de la société concourent à constituer le contingent des conscrits de chaque année. Toutes ces conditions ont changé les besoins des troupes tant sous le rapport de la nourriture que pour nombre d'autres.

Pour ce qui est de la nourriture, voyons un peu les différences qui résultent de l'application de la nouvelle loi. Eh bien! avant 1870, le système de remplacement et de rengagement étant mis en pratique sur une large échelle, il en résultait que la moitié au moins d'une troupe quelconque était composée de vieux soldats. Or comme on sait que le vieux soldat mange moins que le conscrit et que par ailleurs la ration d'une escouade d'hommes est intégralement partagée entre les six ou huit hommes qui la composent, il s'ensuivait que le conscrit trouvait dans l'excédant de nourriture du vieux soldat la quantité d'aliments que sa ration réclamait pour la satisfaction de son appétit.

Aujourd'hui les choses sont changées, le vieux soldat a disparu, l'escouade est entièrement composée de jeunes hommes également munis d'un bon appétit, de sorte que celui qui a faim pour plus que sa ration n'est grande n'a plus à côté de lui un camarade mangeant moins que ce que l'Etat ne l'a prévu pour chacun.

Ce n'est pas tout, au moment où les remplacements militaires se pratiquaient sur une vaste échelle, les fils des paysans riches, des commerçants à l'aise, des bourgeois qui soignent leur nourriture, etc., etc , ne venaient pas habituellement au service, si ce n'est à titre de volontaires et dans une minime proportion; le conscrit était donc en général un pauvre diable n'ayant pas un grand bien-être dans la vie civile et trouvant dans l'ancienne ration du soldat une nourriture en somme plus substantielle que celle qu'il n'avait coutume de prendre. Aujourd'hui la situation est changée, nombre de jeunes soldats quittent pour venir sous les drapeaux une maison où tout et surtout la nourriture ne laisse rien à désirer; par conséquent, on le voit, il a fallu tenir compte, pour ce qui est de la nourriture à donner aux troupes, de cette modification de la loi militaire.

Des adjonctions à la ration ont été faites très-heureusement à notre avis, mais je crains que ces adjonctions n'aient pas été suffisantes jusqu'ici et aussi, qu'on ne l'oublie pas, je crois qu'un des grands desiderata de l'hygiène, pour ce qui est de la ration des troupes, gît dans la manière dont les aliments sont préparés.

Les livres classiques ont tant et si bien dit que l'organisme humain est comparable à une machine à vapeur, et que la nourriture joue dans notre corps le rôle que joue le combustible dans les machines à vapeur, pour que je puisse ne pas le répéter ici. Tout le monde est d'accord sur ce fait que mieux l'homme mange, plus il peut travailler sans dépérir, ajoutons : plus il résiste aux influences morbides des pays malsains. Il est à désirer que cet axiome soit médité et gardé en mémoire par l'hygiéniste comme par l'autorité, au Sénégal et même dans toutes les colonies.

Après avoir rappelé ce point capital des nouvelles conditions de l'hygiène, étudions un détail assez important dans la question actuelle : quels sont les repas que l'Européen doit faire dans les vingt-quatre heures quand il habite au Sénégal? et nous chercherons à déterminer, chemin faisant, la variété comme la valeur des substances qui entrent dans la composition.

Nombre des repas.

Le Français et surtout le Français du Midi et du centre fait en général trois repas par jour : un en se levant le matin, l'autre dans le milieu de la journée, le troisième le soir après le travail. On a la même coutume au Sénégal où la collation intermédiaire au repas du midi et du soir, c'est-à-dire le goûter, est à peu près inconnu, ne répondant d'ailleurs pas à un besoin réel.

Je crois que cette coutume des trois repas est bonne et doit être conservée ; seulement la quantité des aliments pris à chacun d'eux doit varier dans de notables limites pour répondre aux desiderata d'une bonne hygiène.

Premier repas ou déjeuner de six à sept heures.

Un premier repas léger et composé de matières facilement digestibles pris peu après le lever est une bonne chose. Il ouvre l'estomac, comme dit le vulgaire ; il met le corps à l'abri de nombreuses influences malsaines en diminuant l'absorption ; aussi doit-il être considéré comme indispensable et même alors que l'anorexie le fait croire inutile, on ne doit pas le négliger.

Nombre d'individus ont la pernicieuse coutume de prendre à jeun en guise de premier aliment un plus ou moins grand verre d'eau-

de-vie, de vermouth, de vin blanc, de vin de quinquina, etc., etc.; c'est une coutume incendiaire que je réprouve énergiquement et que je considère comme pernicieuse au dernier chef. Je voudrais même que dans les colonies où la santé des hommes appartient à l'Etat en définitive, puisque c'est l'État qui supporte les frais de maladie et de mort de la garnison, les chefs de corps usassent de toute leur autorité d'une manière aussi attentionnée que sévère pour faire disparaître cette habitude qui a tué plus de pauvres diables que le fer et la maladie.

C'est en vain qu'on m'objecterait qu'en prenant concurremment à la boisson alcoolique un morceau de pain, une tasse de café, on atténue son action pernicieuse. Je reste sourd à cette assertion trop souvent erronée et j'en appelle au nom de la santé.

Chez les fonctionnaires et les officiers, le premier repas est assez souvent composé soit d'une tasse de café, soit d'un morceau de pain et de viande froide ou de fromage. Certaines personnes ajoutent du lait à leur café, prennent du chocolat ou bien encore mangent ce qu'on appelle la soupe à l'oignon.

Lequel de ces aliments est préférable? me demandera-t-on, et il m'est fort difficile de répondre d'un seul mot. Il faut faire des distinctions, la première d'entre elles est celle-ci : l'aliment qui est pris avec le plus de plaisir le matin et surtout qui est digéré le plus facilement doit avoir la préférence. Le fromage, la viande froide, le lait, la soupe à l'oignon trouvent bien des estomacs rebelles, tandis que le café noir léger pris avec un morceau de pain est digéré par les plus susceptibles. Je ne l'ai jamais vu rejeter par l'estomac ou être rebelle à la digestion que lorsqu'on l'avait doublé d'un verre d'eau-de-vie comme c'est malheureusement la très-pernicieuse coutume, et je crois que lorsque ce café léger additionné de pain est avalé sans adjonction de l'alcool, il constitue le meilleur aliment du matin.

L'usage du café au lait, lorsqu'il est bien digéré, me paraît être une bonne chose tant au repas du matin qu'au déjeuner de dix heures. Nous ne partageons pas les préventions contre le café au lait qu'on a appelé une soupe au cuir, parce qu'on a pensé que le lait mis au contact du tannin et des matières empyreumatiques du café torréfié devient inattaquable par les sucs digestifs et passe tout entier dans les selles. Mais n'oublions pas de le spécifier, la question de tolérance est capitale ici comme toujours d'ailleurs.

Ai-je besoin de dire toute l'utilité du premier repas dans les pays malsains? Les ouvrages classiques de physiologie et d'hygiène nous

ont depuis longtemps suffisamment renseignés. Ai-je besoin d'ajouter que, pour disposer plus complétement l'estomac et le goût, ce premier déjeuner doit être pris peu après le lever, aussitôt que la toilette est finie, et après le soin d'avoir rincé la bouche et brossé les dents et les gencives? Nous n'avons pas besoin d'insister n'est-ce pas?

Quelques individus assez rares en réalité dans la classe élevée, plus fréquents dans la troupe, mais cependant que l'on rencontre çà et là dans toutes les classes, font leur premier repas exclusivement avec un morceau de pain, de sorte que nous sommes portés pour cette raison à parler dès à présent du pain que l'on mange dans nos possessions du Sénégal. Ce pain est généralement meilleur à Saint-Louis et à Gorée que dans les postes secondaires; dans ceux où il n'y a que quelques Européens, il est même remplacé par du biscuit; mais ce biscuit étant réellement moins agréable à la vue sinon plus pénible à l'estomac, on a soin d'en restreindre le plus possible la consommation, et on a raison.

Le pain n'est pas toujours de bonne qualité au Sénégal; cependant si on compare l'état d'aujourd'hui à celui d'il y a vingt ou quarante ans, on trouve qu'il y a une amélioration très-grande. Par conséquent, en jetant un coup d'œil rétrospectif, on a lieu de se féliciter; mais c'est là une mince consolation, il vaut bien mieux chercher les moyens d'en améliorer la qualité actuelle, le résultat pour l'estomac sera infiniment plus satisfaisant. La farine s'altérant facilement sous le climat sénégambien, il ne faut pas en avoir en grandes quantités en provision dans les magasins de la colonie; tel est un premier point qu'il faut que l'hygiéniste signale à l'autorité, et aujourd'hui que les moyens de communication avec l'Europe sont assurés, faciles et rapides, il serait grandement à désirer que la colonie épuisât en trois mois la provision de farine de chaque envoi; de cette manière on aurait assurément de meilleur pain.

Je sais bien que la question d'approvisionnement de la colonie a, pour l'administration et l'autorité, des exigences souvent incompatibles avec les desiderata de l'hygiène; que souvent les prévisions politiques forcent la main du militaire quand l'hygiéniste n'a, lui, qu'à envisager la chose sous le point de vue restreint du bien-être des hommes; mais tout en reconnaissant implicitement qu'il y a, de nos désirs à la réalisation, la distance qui sépare la théorie de la pratique, nous ne devons pas moins signaler ce qui est utile d'une manière absolue à ceux qui ont le pouvoir et la charge d'exécution de combiner leurs ordres et leurs dispositions, de manière à allier le plus possible les besoins de toutes les catégories et les exigences

de toutes sortes qui constituent la vie de chaque groupe de société civilisée.

Les équipages des navires, la plupart des soldats dans les postes et dans les garnisons coloniales, font leur premier repas du matin avec du café noir dans lequel ils trempent un morceau de pain ou de biscuit. L'hygiène n'a qu'à applaudir à cette alimentation et le seul *desideratum* à formuler c'est que la préparation de ce café soit faite par le cuisinier, avec assez de soin et de propreté pour que la substance se présente sous un aspect, un goût et une odeur agréables, ce qui malheureusement n'arrive pas toujours; mais c'est là un mince détail que l'autorité, dans chaque groupe d'hommes, a parfaitement en sa possession le pouvoir d'améliorer quand il laisse à désirer, de sorte que nous n'avons pas à nous y arrêter davantage.

Second repas, ou déjeuner de dix à onze heures.

Le second repas, ou véritable déjeuner, est pris entre dix et onze heures au Sénégal ; il ne faut pas retarder davantage son échéance, car on arrive bientôt aux heures chaudes de la journée, et il y a plus d'un inconvénient à ce retard. Les militaires dans les casernes le prennent à neuf heures du matin, les marins sur les navires le prennent à midi.

Je trouve que les militaires sont mieux partagés, et je voudrais voir les équipages se metre à table à onze heures, de manière à ce qu'il pût s'écouler au moins deux grandes heures entre la fin du repas et le moment où le travail recommence, car la digestion étant plus lente dans les pays chauds que dans la zone tempérée, il faut autant que possible veiller à ce que l'estomac ne soit pas encore surchargé d'aliments à peine modifiés par les sucs gastriques au moment où le corps va être obligé de faire une dépense musculaire plus ou moins active, des travaux de force même quelquefois.

Quels sont les éléments qui conviennent à ce second déjeuner? Nous répondrons que tous les aliments usuels concourent à sa confection, et nous n'avons pas besoin de donner ici des détails qui font partie de l'hygiène en général plus que de l'hygiène particulière du Sénégal. Ce second déjeuner est ordinairement le repas le plus copieux et celui qui est supporté le plus convenablement par les Européens qui comptent déjà quelque temps de présence au Sénégal; il tend même chez eux à devenir l'unique repas de la journée, ce qui est une chose fâcheuse à mon avis, car on dépasse alors volontiers trop souvent la limite de charge stomacale, et on oublie ce précepte très-important que les repas doivent être légers dans les conditions où nous sommes placés.

Chez les militaires et surtout chez les marins, ce présent repas se compose en général de la soupe et du bouilli les jours de distribution de viande ; de morue, de fromage, les jours maigres ; de lard, les jours gras quand la viande fait défaut.

Parlons tout d'abord des repas gras et des repas maigres, parce qu'il y a là un premier point à discuter. On sait en effet que l'Etat, dans son désir légitime d'économiser le plus possible en même temps qu'il était sollicité par la coutume religieuse qui proscrit la viande le vendredi, a établi des jours maigres, et comme le second jour maigre de la religion catholique tombe le samedi, on l'a reculé jusqu'au lundi.

Dans notre pays où souvent le désir de se faire remarquer et d'afficher des croyances qui sont une sorte de pavillon politique se mêle trop souvent aux choses de science, quelques hygiénistes ont fait des charges à fond pour ou contre les jours maigres et des arguments fort étonnés de se trouver en présence se rencontrent trop souvent dans ces discussions.

Je veux tâcher de ne pas m'engager dans cette polémique, de sorte que je laisserai tout d'abord la question d'opportunité religieuse absolument de côté, croyant avoir vu par expérience que, si le soldat et le marin français sont chrétiens et croyants, leur pratique religieuse ne va pas jusqu'à s'occuper bien attentivement des jours maigres ou gras, des jeûnes et des vigiles dont se préoccupent tant les dévots intolérants.

On a dit que les jours maigres rompent la monotonie du régime et qu'à ce titre ils méritaient d'être conservés. Je suis de cet avis bien volontiers, mais à une condition, c'est que pour faire maigre, on ne donnera ni morue, ni fromage aux hommes, deux choses détestables pour la grande majorité des estomacs.

Donc, que ceux qui tiennent aux repas maigres proposent des aliments plus agréables au goût, à l'œil et à l'odorat, ou qu'ils laissent manger aux hommes de la viande pendant sept jours par semaine, car j'avance pour l'avoir observé pendant une carrière de vingt-cinq ans, les trois quarts des estomacs sortent de table dans un équipage sans être satisfaits le jour où on sert soit de la morue, soit du fromage comme fond du repas.

On a objecté que le repas maigre est une économie que fait l'Etat. C'est un triste argument qui a même le tort de ne pas être exact, car dans certaines colonies, au Sénégal, par exemple, la morue coûte aussi cher que la viande. Si l'Etat veut faire des économies, il arriverait mieux au but, il me semble, en décrétant qu'une ou deux fois par semaine on ne fera pas la distribution complète des vivres, qu'en

payant souvent très-chèrement des substances dont la majeure partie dédaignée par les hommes passe directement de la marmite à la mer, à bord des bâtiments, et est jetée au loin avec dégoût par la plupart des soldats.

Donc, qu'on fournisse des aliments maigres agréables ou qu'on distribue chaque jour de la viande dans les pays comme le Sénégal, voilà les vœux que je formule au nom de l'hygiène, et que les timorés n'aient pas peur même au cas où on donnerait de la viande tous les jours, on ne surchargera pas l'estomac des hommes, on ne lui imposera pas un travail trop actif, il n'y a ni la pléthore, ni les craintes d'apoplexie par exubérance de richesse sanguine à craindre dans ce pays, où malheureusement le contraire a souvent lieu.

Nous allons dire un mot de cette viande que nous voudrions voir faire le fond de la ration des militaires et marins pendant tous les jours de la semaine; car pensant qu'on ne trouvera pas de longtemps une substance dite maigre convenable pour la remplacer, elle mérite de nous arrêter un instant.

Cette viande de boucherie est loin d'être exempte de reproches, dans tous les cas, mais peut-être que par une surveillance bien entendue elle peut être toujours délivrée aux rationnaires dans de bonnes conditions pour la nutrition des hommes.

Il y a au Sénégal deux sortes de bœufs, les uns indigènes ou pour mieux dire élevés sur place par les noirs, les autres vendus à certaines époques par les Maures et les Peuls.

Les premiers, nés dans les environs du lieu où on les mangera, sont bien portants en général, un peu plus maigres à la fin de l'hivernage, mais toujours assez valides; les autres sont venus de loin et sont très-fréquemment malades du foie et du poumon, ayant été vendus par leurs propriétaires primitifs les Maures et les Peuls, parce qu'ils étaient valétudinaires déjà, ou bien ayant subi l'influence morbigène de la contrée au même titre que tous les étrangers qui viennent en Sénégambie.

Je ne puis entrer dans de bien longs développements, mais ce que je dis là suffit pour montrer l'horizon de la question, et la conséquence en est que le plus qu'on pourra il faudra consommer des bœufs indigènes; ils sont plus petits souvent, mais ils sont plus sains, et à ce titre méritent la préférence. Le prix commercial des bestiaux est en général assez faible et les prix des marchés assez élevés en Sénégambie pour que les commissions de réception de la viande puissent être très-exigeantes sous le rapport de la qualité.

Je conseille à mes successeurs d'avoir la sévérité que j'ai eue à

Gorée en 1871-72, ils arriveront comme moi à obtenir en très-peu de temps de très-bonne viande.

Légumes verts.

Après avoir parlé de la viande, disons un mot des légumes verts qui servent avec elle à faire la soupe, ou bien se présentent isolément dans certains cas comme appoint dans le repas. L'aridité traditionnelle et incontestable du sol sénégambien entraîne comme conséquence une pénurie extrême de légumes frais; aussi dans les pays et les moments les plus favorisés, c'est à peine si on a l'indispensable, pris au plus bas mot; jamais même, on peut dire, on n'a le nécessaire.

A diverses reprises, les corps de troupe ont essayé d'avoir des ardins potagers, et pendant quelques mois très-courts ont pu fournir à l'ordinaire des quantités mémorables de légumes; puis ces efforts n'ont plus eu de bon résultat et le jardin potager est devenu inculte et improductif jusqu'à une nouvelle bouffée de zèle aussi éphémère que celles qui l'ont précédé.

Quand on réfléchit à cette particularité curieuse d'une intermittence extraordinaire dans le fonctionnement de ces jardins potagers, on ne manque pas d'en être très-frappé. Ceux qui trouvent facilement réponse à tout ou qui ont l'esprit obscurci par un parti pris injuste accusent aussitôt la paresse de ceux qui ont laissé tomber en désuétude la coutume inaugurée par le prédécesseur.

Eh bien! après avoir passé à plusieurs reprises un temps long dans le pays, avoir vu le détail des choses et réfléchi sur ce qui se passe ordinairement, je suis moins porté à récriminer contre l'apathie, disons le mot, l'incurie dont on accuse certains hommes et certaines générations, et comme conséquence de ma manière de voir, je crois que, tant qu'on ne changera pas de système, on verra les mêmes faits se produire; une génération s'occupera activement des jardins potagers, la suivante les laissera péricliter, puis la troisième ou la quatrième recommencera les efforts de la première, ainsi de suite, véritable travail de Sisyphe ne devant jamais atteindre le but désiré.

Pourquoi cela? La raison en est bien simple à donner: on souffre du manque de légumes frais au Sénégal, et voyant la terre qui serait fécondée à peu d'efforts, voyant des lieux ombreux et humides qui semblent appeler le moindre travail et promettre de superbes récoltes, on se prend d'un beau zèle et on se met à cultiver des plantes potagères. Un certain nombre de soldats, sous la direction

d'un sous-officier, d'un officier même, entreprend le travail, et bientôt tout semble marcher à souhait.

Mais voilà qu'après quelques mois les jardiniers sont pris d'accès de fièvre, de dysentérie, d'hépatite; leurs successeurs immédiats sont dans le même cas et, en fin de compte, il en résulte que la compagnie qui a fourni les hommes a éprouvé des vides très-considérables; peu à peu les jardiniers sont moins faciles à trouver et, bien plus, les chefs immédiats les donnent d'autant moins volontiers que ces hommes abusent dès le début de leur position qui les soustrait à la surveillance pour s'enivrer d'une manière ignoble, et que plus tard ce sont des piliers d'hôpital jusqu'au moment de leur décès. Voilà donc le jardin qui périclite, qui devient inculte et ne produit bientôt plus rien.

Comprend-on maintenant pourquoi ces efforts et ces défaillances successives? Ajoutons que, comme les générations se succèdent vite au Sénégal, la tradition se perd avec une facilité extraordinaire, et tout est toujours à recommencer, l'expérience des aînés s'effaçant à mesure de la mémoire de leurs successeurs immédiats.

Quelle conclusion à tirer de là? Pour moi elle est bien simple : il faut à tout jamais abandonner les essais de jardinage par les mains européennes, car les légumes que l'on obtiendra coûteront leur poids de sang humain, sinon davantage.

Mais alors, m'objectera-t-on, faut-il se priver, dans un pays où ils seraient cependant si nécessaires, d'avoir de ces légumes verts que le goût comme la santé réclament avec une grande insistance? Non; seulement essayons de tourner la difficulté, faisons créer sous notre direction immédiate des jardins potagers par les noirs indigènes; faisons pousser des légumes à la sueur du front du noir et nous serons approvisionnés convenablement sans payer un aussi terrible impôt de sang pour quelques salades et quelques choux.

Ne nous laissons pas effrayer par la cherté relative de cette production à l'aide des bras du noir. Car ce que nous dépenserons en gages nous le gagnerons dix fois en économie de journées d'hôpital, de congés de convalescence et de pensions aux parents, veuves et orphelins.

Goûter.

Nous ne parlerons pas de cette collation appelée goûter que l'on fait vers quatre heures de l'après-midi dans certains pays de la métropole, et que font très-généralement les enfants. Dans un pays où les fonctions digestives sont si souvent en souffrance, où elles sont surtout si lentes dans leur accomplissement, ce serait une mauvaise coutume que de goûter, car on s'exposerait à peu près

sûrement à ne pas dîner, et en somme l'estomac aurait reçu moins d'aliments de cette manière bien que le nombre de repas eût été augmenté.

Troisième repas, ou dîner.

Le troisième repas, ou dîner, se prend généralement après l'exercice du soir dans la troupe et les équipages, à la tombée de la nuit dans les états-majors et les familles; il est trop souvent écourté parce que l'estomac est paresseux et que la moindre surcharge provoque des indigestions pendant la nuit.

Je suis d'avis qu'on résiste à cette tendance d'annuler les repas du soir au point de vue de la richesse alimentaire; mais entendons-nous bien, je ne saurais trop insister sur l'indispensable nécessité de prendre à ce repas des aliments légers. C'est pour lui que le potage doit être l'aliment de fondation, et ici plus qu'ailleurs, peut-être, il est sage de remplacer, dans les circonstances qui nous occupent, la quantité par la qualité.

C'est un potage nutritif fait le plus souvent avec de bon bouillon gras ou du bouillon de poisson qui doit ouvrir la scène. A condition qu'on ait pris une bonne portion de potage, je laisse volontiers au goût et à l'inspiration du moment le soin de choisir le second mets.

Un peu de dessert, une crème ou tel autre plat doux remplacerait au besoin la viande qui serait désirée par l'hygiène, mais trop souvent obstinément refusée par l'estomac. Dans tous les cas, on le voit, je penche plus vers la légèreté du repas que vers la surcharge; mais, je le répète, je fais des vœux pour qu'il ne soit pas trop pauvre en éléments nutritifs.

Légumes secs.

Les légumes secs entrent pour une large part dans l'alimentation au Sénégal, à cause de la pénurie des légumes verts, et comme ils s'altèrent vite à cause de la température constamment élevée et de l'humidité de l'hivernage, une première recommandation de l'hygiène c'est de n'employer autant que possible que des légumes arrivés à la colonie depuis moins d'une année, si on veut qu'ils aient conservé leurs propriétés alibiles.

Je ne discuterai pas la valeur nutritive comparative de tels ou tels légumes secs, c'est-à-dire que je ne rechercherai pas si les pois valent mieux que les haricots, ceux-ci que les lentilles. Cette étude appartient aux livres classiques d'hygiène; ce que j'ai à dire ici au point spécial où nous sommes placés, c'est que, par une variété

bien combinée et surtout en ne faisant intervenir les légumes secs qu'en certaine proportion vis-à-vis de la viande dans un même repas, on les fera mieux tolérer à l'estomac qui, sans cela, se révolte trop vite contre leur résistance à la digestion. Il faut, pour ainsi dire, tromper l'estomac quand on a passé déjà un certain temps dans la colonie pour lui faire supporter et accepter les légumes secs, de sorte que ce n'est qu'en flattant le goût, en présentant, chose difficile, ces éléments grossiers sous une forme attrayante, qu'on arrivera quelques fois à leur tolérance.

Après avoir formulé une pareille opinion touchant les légumes secs, quelle conclusion tirer de la manière dont ils sont présentés aux troupes et surtout aux équipages des navires? Il y a longtemps que j'ai dit déjà que la coutume de donner des légumes secs comme élément exclusif du repas du soir au matelot est une chose qu'une saine hygiène réprouve, et il faut pour le Sénégal, plus encore que pour les autres pays, désirer que le repas du soir soit plus léger en même temps que plus animalisé par une assez large adjonction de viande.

On pourrait diminuer la quantité de viande présentée le matin aux hommes pour en reporter un peu au repas du soir, et *vice versa* pour les légumes secs; il y aurait là une heureuse modification à apporter au régime des hommes sans faire supporter un surcroît de charges au trésor.

Après avoir parlé des légumes secs, nous avons naturellement un mot à dire touchant les pommes de terre et les oignons qui sont consommés au Sénégal. Ces produits alimentaires viennent d'Europe et sont un appoint précieux à la nourriture de tous; c'est au point qu'il serait à désirer que les ordinaires des troupes, les équipages des navires, les hôpitaux et même les fonctionnaires s'entendissent avec un ou plusieurs industriels qui s'engageraient à leur fournir à un prix déterminé des pommes de terre et des oignons frais, pendant toute l'année, d'une manière régulière. On assurerait en revanche, au marchand, un minimum de débit, et de cette maniere, on régulariserait, pour ainsi dire, l'arrivée de ces aliments dans la colonie, car le commerçant pourrait alors se baser sur l'assurance du débit pour passer un marché en Europe et employer même la voie des paquebots bi-mensuels pour s'approvisionner.

On objectera aussitôt qu'une pareille combinaison ferait les affaires d'un commerçant qui serait ainsi en position de vendre les aliments, en vertu d'une espèce de monopole, et qui obligerait les consommateurs engagés avec lui à acheter ces aliments, à un prix souvent plus élevé que celui qui est en vigueur quelquefois lorsque,

par accident, il y a un arrivage trop grand de ces pommes de terre relativement aux besoins du pays.

Ces deux objections ne sont que spécieuses, et tout d'abord on peut répondre en bonne justice que, si on espère faire accepter à des commerçants l'occasion d'un marché où ils ne gagneraient pas de l'argent, on se leurre d'un espoir aussi ridicule que constamment déçu.

D'autre part, croit-on que si, grâce aux arrivages accidentels de pommes de terre au Sénégal, on en voit le prix baisser, quelquefois même assez bas, ce prix n'atteint pas des chiffres très-élevés lorsqu'il y a pénurie de cette substance dans la colonie? Et d'ailleurs n'y aurait-il pas dans cet arrangement avec un commerçant, cet avantage immense de fournir la colonie d'éléments précieux de nourriture, d'une manière régulière et à toutes les époques de l'année?

Le lecteur qui n'est jamais allé au Sénégal, trouvera que je viens d'entrer dans des détails si secondaires qu'ils sont presque oiseux, et cependant j'ai la prétention, au contraire, d'avoir touché un point intéressant de l'hygiène de la colonie en parlant du moyen d'y faire arriver périodiquement les pommes de terre fraîches et les oignons; car tout ce qui touche à l'alimentation a, dans le pays dont nous parlons, une importance de premier ordre pour la santé des Européens.

N'est-il pas fâcheux autant qu'extraordinaire qu'un pays qui est à sept ou huit jours d'Europe, où les paquebots apportent parfois des légumes verts, petits pois, artichauts et même salades, soit privé pendant quatre-vingt-dix-neuf jours sur cent de ces éléments précieux d'une bonne alimentation? — Eh bien! la cause de ce phénomène, de ce malheur, disons-le même, est que jusqu'ici on n'a pu régulariser l'approvisionnement.

En effet, un commerçant fait arriver des légumes frais et fait un joli bénéfice là-dessus. Aussitôt trois, dix concurrents font des commandes et le paquebot d'après, il y a surabondance de vivres frais qui ne se vendent pas. Les industriels perdent de l'argent à ce jeu-là, et le troisième paquebot n'apporte plus rien. Ainsi de suite, toutes les années, l'expérience se tente au détriment de tous les intéressés, lorsque, avec un peu d'attention et une combinaison très-simple, on arriverait à contenter au contraire tous les intérêts en jeu dans cette question.

Conserves.

Dans un pays où les vivres frais font défaut d'une manière aussi

complète, les conserves alimentaires jouent un grand rôle dans certaines cuisines. C'est au point que, pour certains habitants, elles constituent une bonne moitié de la nourriture. Ces conserves alimentaires dont la réputation est faite et qui constituent, dans certains cas, une ressource précieuse, ont malheureusement contre elles au Sénégal les dangers de l'intoxication saturnine pour la double raison que souvent la boîte en fer blanc a été confectionnée avec de la mauvaise soudure et que, d'autre part, l'empoisonnement plombique se fait avec une extrême facilité au Sénégal.

Les dangers de l'empoisonnement plombique sont tels que je suis porté à avoir une grande antipathie contre les conserves, malgré les grands services qu'elles peuvent rendre, et que je conseille vivement aux Européens de s'en abstenir le plus possible.

Il faut espérer que, dans un temps prochain, on aura l'idée d'enfermer ces conserves dans des pots en verre ou en faïence, au lieu de se servir du fer-blanc; ce jour-là, les dangers de l'absorption du plomb ayant disparu, je n'aurais que des éloges à adresser à ce moyen vraiment très-ingénieux et très-utile d'avoir des mets recherchés et variés dans un pays aussi déshérité d'aliments agréables que le Sénégal.

Il faut, quand on parle des conserves, prémunir les Européens contre les dangers que leur font courir les cuisiniers indigènes lorsqu'ils font usage de ces aliments. En effet, ces incorrigibles paresseux trouvent plus commode de placer la boîte de conserve ouverte près du feu pour élever la température des mets qu'ils doivent servir peu après. Ils y ajoutent même soit telle sauce acide, telle proportion de vinaigre qui facilite la dissolution du plomb dans les substances et maintes fois des coliques saturnines n'ont pas eu d'autre origine.

Même pour le cas où on ne consomme pas de conserves habituellement et en grand nombre, il faut prévenir les Européens que le cuisinier nègre a une prédilection pour la boîte qui a contenu des conserves, pour la raison qu'elle est moins fragile que le verre, la faïence et la porcelaine, de sorte que, si on n'exerce pas une surveillance attentive, le saindoux, le beurre, l'huile, ce que les cuisiniers appellent la friture, la sauce tomate, etc., etc., sont conservés à la cuisine dans de vieilles boîtes de conserves, et par conséquent l'intoxication saturnine a ainsi plusieurs portes ouvertes pour assaillir le malheureux Européen.

Puisque nous sommes sur le compte des cuisiniers nègres, n'oublions pas de signaler leur sordide malpropreté ; il faut une surveillance de tous les instants si on veut éviter dans la cuisine des ma-

nœuvres aussi dégoûtantes que malsaines. Souvent, et encore, je préviens les intéressés que, malgré la plus stricte surveillance, ils n'arriveront jamais à obtenir ce qui serait considéré en Europe comme une chose très-ordinaire sous le rapport de la propreté dans la préparation des aliments.

Apéritifs.

Dans un pays où, pendant plusieurs mois, sinon toujours, l'estomac est paresseux et l'anorexie est la loi commune, la question des apéritifs a une actualité notable. Si on ajoute à cette tentation de l'estomac les sollicitations de la vie en commun, les entraînements des camarades, des conditions même du service qui mettent au contact à chaque instant les arrivants ou les partants avec les sédentaires; on comprend que ceux qui ne font pas usage des apéritifs avant leur repas sont la grande exception, ce qui est une très-fâcheuse chose, à mon avis, car je voudrais voir supprimer tout à fait cette triste coutume qui n'est en somme qu'une prime à l'alcoolisme et à l'intempérance.

Les principaux apéritifs dont on fait usage sont : l'absinthe, le vermouth, les divers amers alcooliques comme le bitter, par exemple, le vin de quinquina et mille autres combinaisons aussi pernicieuses les unes que les autres, qui se recommandent par des étiquettes fallacieuses, par des affirmations absolument fausses et qui, tout en promettant joie et santé aux dupes qui s'y laissent prendre, ne leur apportent que douleur et maladie.

Je n'hésite pas un instant à condamner tous ces apéritifs, quels qu'ils soient, au nom de l'hygiène, et il suffira de dire qu'à mon avis le moins mauvais d'entre eux est un poison dangereux pour qu'on soit fixé d'un mot sur mon opinion. Qu'on me pardonne d'insister autant contre eux, de revenir sur leurs défauts et leur perniciosité, car le sujet mérite que nous y apportions nos soins.

N'oublions pas, en effet, que les excès alcooliques sont la cause la plus puissante de maladie et de mort dans nos colonies et que tout individu qui fait usage de ces prétendus apéritifs s'engage sur une pente glissante où il est impossible le plus souvent de conserver une convenable retenue et où les infirmités, la démence, la mort même attendent les malheureux qui se sont laissés aller à de perfides tentations.

On dit avec insistance dans le vulgaire et parmi les intéressés qu'il faut faire des distinctions entre les divers apéritifs et que les uns sont dangereux ou pernicieux, c'est vrai, mais que les autres sont dépourvus de toute fâcheuse influence. Erreur profonde, et s'il

est vrai que l'absinthe agit de deux manières sur notre organisme, d'une part en vertu de son alcool, d'autre part en vertu des principes de la plante dont elle porte le nom, il est impossible de soutenir que le vermouth, le vin de quinquina, le bitter et toutes les boissons alcooliques décorées du nom fallacieux d'apéritifs sont sans inconvénient pour la santé.

Digestifs.

Quelque légers et bien ordonnés que soient les repas, la digestion est toujours lente, souvent difficile dans les pays chauds, et particulièrement au Sénégal, de sorte que, même tout à fait en dehors de l'entraînement de l'exemple, les digestifs sont assez nécessaires. Le thé et le café sont des accessoires utiles, souvent obligés, de l'alimentation.

On a suffisamment parlé des propriétés de ces infusions pour que je n'aie pas à m'étendre sur elles; je les considère comme tout le monde, c'est-à-dire, comme des heureuses acquisitions pour l'hygiène en tant cependant qu'elles ne sont pas une excuse pour introduire dans l'estomac un petit verre d'alcool de plus.

La chaleur de l'atmosphère autant que le désœuvrement sollicitent la soif en Sénégambie et l'habitude de boire entre les repas des liqueurs aqueuses, acidulées, alcooliques, est très-généralisée. Les sodas, la bière, les limonades gazeuses ou non sont assez fréquemment employés et la grande majorité des individus les consomment avec une régularité telle qu'elle obéit à un besoin réel. Je ne puis applaudir, au nom de l'hygiène, à de pareilles coutumes pleines de dangers de toutes sortes; bien plus, je n'hésite pas à les condamner.

Boissons glacées.

Beaucoup de gens ont contracté l'habitude de prendre des boissons fraîches ou glacées, dont l'impression est d'autant plus agréable que la température est plus élevée. Que dire de ces boissons glacées? Elles sont vues avec une telle faveur par l'universalité des habitants qu'il faut avoir un certain courage pour s'élever contre elles; je n'hésiterai pas cependant à le faire, bien que je n'aie pas l'espoir d'arrêter les individus sur la pente fatale de leurs abus.

Assurément l'usage modéré de ces boissons fraîches a mille agréments et n'a aucun danger, mais où s'arrête la modération? Il en est des boissons fraîches comme des boissons alcooliques, l'abus suit de très-près l'usage, et tôt ou tard il survient des accidents funestes.

J'ai vu nombre de cas de diarrhée plus ou moins graves, mortels même, n'avoir pour cause que l'usage inopportun d'une boisson glacée. J'ai dans maintes circonstances vu des atteintes de dysentérie succéder à des imprudences dans cet ordre d'idées et pour ma part j'ai depuis longtemps proscrit ces boissons glacées de mon ordinaire, tant sous le rapport de leur dangereuse température que parce qu'elles sont une sollicitation à l'intempérance.

Après avoir étudié les détails de l'alimentation, nous allons chercher à envisager la question à un point de vue plus élevé, nous allons donner quelques vues d'ensemble sur ce que doit être la nourriture suivant tel ou tel cas. Il est bien entendu que nous n'insisterons pas sur les définitions et certaines particularités, nous supposons le lecteur suffisamment renseigné au préalable sur ces éléments de la question par la connaissance des livres classiques qui, comme ceux de Michel Lévy, traitent de l'hygiène d'une manière approfondie.

Quel régime doit-on suivre, quels sont les principes qu'il faut observer pour la nourriture dans les pays chauds et particulièrement en Sénégambie? Telles sont les questions qui sont posées à chaque instant et auxquelles il a été répondu de manières très-différentes. Il est même impossible de répondre d'un mot sans s'exposer à se mettre en contradiction flagrante avec les prescriptions de l'hygiène, car, suivant les cas très-divers qui peuvent se présenter, telle pratique qui est par ailleurs considérée avec juste raison comme utile est réellement nuisible.

Si nous songeons aux influences exercées par le climat sur les fonctions biologiques, nous comprenons facilement que l'Européen qui arrive au Sénégal se trouve présenter un excès d'activité digestive, respiratoire et calorifique, excès qui sera d'autant plus grand, toutes choses égales d'ailleurs, que le sujet est de complexion plus robuste, de tempérament plus sanguin, pléthorique, etc., etc. Or, si à ce moment il continue à se nourrir copieusement et avec des aliments très-riches, l'apport étant plus grand que la dépense, il y a surchage et il peut se produire un accident.

C'est assurément à ce mécanisme qu'il faut attribuer non-seulement bien des maladies des Français, mais encore celles plus nombreuses qui atteignent les Allemands et les Anglais qui viennent habiter les pays torrides sans rien changer de leurs habitudes d'alimentation extrêmement substantielle.

L'immunité que présentent au contraire les individus du Midi, les Italiens, les Espagnols, dépend en très-grande partie aussi de

la même raison, c'est-à-dire qu'habitués dès l'enfance à une nourriture moins succulente, munis d'un tempérament moins sanguin, ils présentent moins de conditions incompatibles avec la vie dans les pays chauds.

Mais si nous ne nous occupons plus de l'Européen qui arrive, si nous songeons au contraire à celui qui a déjà un certain temps de présence dans la colonie, nous voyons que les conditions sont changées, le conflit de son organisme avec le climat a déprimé notablement sa constitution. Il a perdu de sa force d'expansion biologique; il s'est acclimaté, disent les uns, expression fausse à mon avis; il s'est créolisé, disent les autres avec peut-être un peu plus de raison; il s'est affaibli, anémié; nous dirons, pour rester dans le champ modeste de ce que nous voyons sans donner à l'appellation une signification obscure, et alors soit qu'il appartienne aux pays du Nord, soit qu'il provienne des contrées du Midi, il a besoin d'une alimentation réparatrice. Il en a besoin dans la limite de son affaiblissement, car la situation est complétement changée actuellement; en effet, primitivement, il recevait plus d'éléments qu'il n'en dépensait, aujourd'hui il a si peu d'épargne physiologique qu'il lui faut de riches aliments pour qu'il ne soit pas autophage. On le voit, le problème de l'alimentation est très-différent pour le même individu suivant qu'on parle des premiers temps de son arrivée, ou bien qu'on envisage le cas d'un séjour plus ou moins prolongé au Sénégal.

Je le répète : le problème est assez complexe et cependant, s'il n'y avait rien de plus, il serait bien facile à résoudre. Malheureusement mille facteurs secondaires et divergents sont intervenus à tous les moments pour compliquer la situation, de sorte qu'il est en définitive souvent à peu près impossible ou au moins très-difficultueux d'arriver à un bon résultat.

En effet, d'une part, si nous songeons à l'Européen qui arrive, nous dirons qu'il est très-difficile de conserver la mesure convenable dans la diminution de la richesse de ses aliments, car en réduisant son alimentation de qualité ou de quantité, on le soumet à une inanition partielle sous le rapport de tel ou tel élément réparateur, de telle fonction, et comme il est impossible que la réduction porte exactement sur tous les éléments de la nutrition et dans la proportion rigoureusement exacte, il en résulte que, malgré tous les soins, la nourriture présente un excès fâcheux en ceci, une pénurie pernicieuse en cela, et il est bien difficile que l'affaiblissement nécessaire à la vie intertropicale s'accomplisse d'une manière parfaitement graduelle et sans accident.

Nous devons faire le même raisonnement en sens inverse, qu'on me passe le mot, en parlant des besoins de la reconstitution des Européens qui séjournent depuis plus ou moins de temps dans la colonie. Car il est certain que l'augmentation de richesse de la nourriture ne peut être en pratique parfaitement adaptée à tous les *desiderata* des fonctions si complexes de l'organisme, de sorte, on le voit, que le problème qui d'abord semblait assez simple s'est terriblement compliqué et que malgré le soin et l'attention les plus soutenus, il faut laisser un coefficient considérable au hasard et aux chances bonnes ou mauvaises.

Remarquons que nous ne parlons ici que de la nourriture, nous sommes obligé de laisser de côté, tant pour l'arrivant que pour l'ancien habitant, ces questions si complexes et si importantes des influences morales et intellectuelles : le regret, l'ennui, la nostalgie, telle espérance déçue, tel froissement d'amour-propre, telle impatience mal contenue et mille autres facteurs qui viennent encore centupler les difficultés du problème. Aussi, tout en traçant les principaux traits généraux de la question, vaut-il mieux laisser une grande place à l'imprévu et la porte largement ouverte à mille exceptions de toutes sortes et à tout moment.

Tout ceci étant dit sous forme de réserves pour montrer la difficulté de résoudre le problème, ainsi que les nombreuses chances d'imperfection ou d'impuissance de nos calculs et de nos combinaisons, essayons de tracer les règles de l'existence au Sénégal pour ceux qui y arrivent, pour ceux qui y sont depuis un certain temps, qui se sont bien portés jusqu'ici ou bien qui ont déjà été malades. Il ressortira de toutes ces considérations quelques données qui pourront être utilisées et appropriées à tel ou tel cas particulier qui peut échoir au lecteur.

A. *Européen qui arrive au Sénégal.*

L'Européen qui arrive au Sénégal doit donc chercher à diminuer l'intensité de ses fonctions digestives et réparatrices pour diminuer la plasticité de son sang, comme disent les physiologistes ; eh bien, pour cela il faut que les repas soient peu copieux, assaisonnés de moins de condiments qu'en France, précédés de moins d'apéritifs et surtout que les boissons alcooliques, sous quelque forme qu'elles se présentent, soient considérées par lui comme pernicieuses à la santé.

Voilà pour ce qui est de l'apport ; il faut par ailleurs qu'il se préoccupe, plus peut-être qu'il ne l'a fait jusqu'alors, de l'intégrité de ses digestions ; par conséquent, il prendra ses repas à des heures

bien régulières, il y consacrera tout le temps utile; il mastiquera et insalivera les aliments très-convenablement, et ne se livrera ni à des efforts, des labeurs de corps ou d'esprit intempestifs dans les premiers moments de la digestion, de même qu'il ne fera pas suivre immédiatement le repas par la sieste.

Pour ce qui est de la dépense des aliments ingurgités, il faut aussi qu'il apporte tous les soins. Ainsi par un exercice modéré, il diminuera les chances de surcharge qui commencent par l'estomac pour arriver aux autres organes, et aura très-grand soin de favoriser l'excrétion de ses selles; veillant d'une manière toute particulière à ce que ses fèces soient relativement fréquentes, copieuses et de bonne nature.

Il y a un point capital dans la question et je ne saurais trop insister sur la nécessité d'y apporter la plus intelligente attention. En effet, je citerai pour preuve ce fait que j'ai observé un très-grand nombre de fois d'un individu arrivant au Sénégal dans de bonnes conditions, se soignant très-convenablement sous le rapport de la qualité ou de la quantité des aliments, mais ne considérant pas comme une chose fâcheuse, une tendance à la constipation qu'il n'avait pas eue jusque-là et dont il était même content tant il était venu dans le pays avec l'appréhension de la dysentérie. Eh bien ! cet individu, malgré les soins, est bientôt pris de congestion hépatique, parce que le foie, surexcité outre mesure par l'action du climat, n'évacue pas suffisamment vite la bile qu'il sécrète en excès et, malgré bien des précautions, il se trouve bientôt grandement menacé dans sa santé et bientôt même trop souvent dans la vie.

Il faut donc que l'Européen, en même temps qu'il s'occupe de choisir les éléments de sa nourriture, songe à leur bonne digestion et à l'excrétion facile, copieuse des matières fécales, car il peut, par cette excrétion, faciliter l'issue de la surabondance de bile qui est sécretée dans le moment et il conserve ainsi une certaine harmonie relative dans le fonctionnement de son appareil hépatique.

Comment assurer cette facile et copieuse excrétion des selles? On a préconisé pour cela nombre de purgatifs, mais il est incontestable que le mieux est d'obtenir ce résultat, si c'est possible, par l'ordonnance de l'alimentation, car l'évacuation se fait d'une manière plus naturelle dans ce cas. Il faut donc choisir les aliments qui donnent un certain résidu, sans cependant être indigestes; il est même bon de temps en temps, pour certains individus, de mélanger à ces aliments des substances qui sont de nature à augmenter la rapidité de la circulation du chyme intestinal; enfin, il est utile de boire pendant ses repas une assez abondante quantité d'eau pour humec-

ter le contenu du tube digestif et pousser ainsi à son évacuation plus hâtive.

Bien des Européens et d'ailleurs bien des auteurs ont conseillé, tant pour ce qui regarde le Sénégal que les autres pays torrides, de modifier la nourriture dans la proportion nécessaire pour la rendre semblables à celle des habitants du pays, et le précepte de l'école de Salerne : *Dum Romœ fueris romano vivite more*, leur semble être une bonne prescription.

Cette idée est assez importante et assez intéressante pour mériter de nous arrêter un instant, car nous pourrons peut-être y trouver quelques bonnes indications pour la conservation de la santé des Européens obligés de vivre en Sénégambie. J'avoue qu'elle m'a longuement préoccupé et que j'y ai songé bien souvent, cherchant à m'éclairer par tous les exemples qui sont venus à portée de mon observation, ainsi que par tous les raisonnements qui se rapportent à la question.

Eh bien! je dois dire que, lorsque j'ai cherché à étudier les particularités qui se rattachent aux rares individus qui ont pu parvenir à vivre pendant un temps assez long dans le pays, j'ai trouvé généralement que ces individus avaient pris l'habitude de se nourrir comme les indigènes; c'est-à-dire que le couscous et les maintes préparations culinaires dans lesquelles les farines, les pâtes, le riz et le lait entrent pour une grande part, leur sont devenues si habituelles qu'on peut les considérer comme formant le fond de leur alimentation.

Est-ce à cause de cela seulement qu'ils ont pu s'acclimater à peu près dans le pays? Je ne veux pas être aussi exclusif, je dois même déclarer qu'à mon avis certaines conditions de constitution de santé, de prédisposition organique ont joué dans ce semi-acclimatement le rôle le plus important; mais cependant, après nombre d'observations et comme résultat de mes réflexions sur le pays, les mœurs, le climat et mille choses qui touchent à la question de la Sénégambie, je suis arrivé à penser que l'alimentation spéciale à laquelle ces Européens se sont habitués doit avoir eu son influence dans le résultat favorable.

Il faudrait donc, dans la limite du possible et en tenant aussi grandement compte des habitudes de nourriture que l'on avait avant, s'alimenter d'une manière analogue à celle des indigènes du pays, telle est ma pensée. Mais je vois d'ici poindre le sentiment de répulsion et de dégoût contre lequel, après de longues années d'existence au Sénégal, je n'ai pu me défendre; le couscous me semble en effet un mets si détestable et me répugne tellement au-

jourd'hui encore, que je ne sais pas si, même avec la ferme conviction que son usage me serait favorable au point de vue de la santé, je pourrais prendre sur moi d'en manger seulement quelques bouchées.

A ceux donc qui comme moi ont la nourriture des indigènes en horreur et tiennent la propreté des nègres en suspicion insurmontable, je conseillerai de faire comme je l'ai fait, de chercher à prendre les mêmes éléments alimentaires, ou au moins des aliments analogues, sous des formes moins repoussantes. Ainsi par exemple, le poisson bouilli de manière à faire une soupe au poisson comme on fait du bouillon gras peut être mangé à l'européenne et remplacer dans une bonne moitié des dîners la soupe grasse traditionnelle accompagnée ou non de son bouilli.

Le poisson, les œufs, assez abondants dans le pays pour pouvoir prendre une grande part dans la constitution des repas, les volailles suppléeront aussi très-souvent la viande de bœuf et de mouton et constitueront des aliments plus légers à digérer, et peut-être moins plastiques pour nous servir du terme usité pour la viande de boucherie. Mais, me dira-t-on, il n'y a là que des substances qui font peu de résidu, et comment avec ces aliments assurer le volume du bol intestinal qui, avons-nous dit, a besoin d'être aussi copieux que possible dans le cas qui nous occupe?

J'avoue que le cas est plus embarrassant au Sénégal peut-être qu'ailleurs, car les légumes verts y sont tristement rares, on le sait, et il va sans dire que toutes les fois qu'on pourra se procurer des épinards, de la salade, de l'oseille et des cucurbitacées, il ne faudra pas négliger leur usage.

A défaut de ces substances, il faudrait recourir aux pâtes, mais entendons-nous ici, il faudrait avoir des pâtes dans lesquelles une quantité suffisante de son serait conservée, car remarquons-le, la farine de mil qui sert à faire le couscous est très-incomplétement blutée, de sorte que les pâtes ordinaires de nos pays ne répondent pas au désideratum, tout au plus la semoule s'en rapproche un peu, il y a donc là un produit alimentaire à créer en vue spéciale des colonies.

Les aliments à base de lait sont une bonne chose sous le rapport de la facilité de la digestion et pour la facile excrétion des selles, de sorte qu'il est utile de les faire entrer pour une large portion dans l'alimentation ; les crèmes, les soupes au lait, les préparations de lait caillé qu'on appelle la recuite, le fromage au lait, etc., etc., sont de bonnes choses au point de vue qui nous occupe.

B. *Européens présents au Sénégal depuis un certain temps.*

Ce que nous venons de dire des habitudes d'alimentation que nous conseillons aux Européens qui arrivent au Sénégal nous donne quelques renseignements sur ce qui sera utile à ceux qui habitent le pays depuis un certain temps : ces aliments faciles à digérer et capables de fournir d'abondants matériaux pour des selles copieuses et journalières qui provoquent une excrétion biliaire relativement abondante sont parfaitement indiqués.

Mais il ne faut pas oublier qu'un autre facteur est intervenu dans la question, c'est l'anémie du sujet qui, malgré un apparent acclimatement, est au fond très-déprimé. Pour combattre cette anémie, la nourriture doit être peu à peu de plus en plus riche en éléments alibiles, et les viandes, le bouillon gras doivent prendre une place de plus en plus grande, sans cependant que ces principes d'une facile digestion et d'une excrétion alvine bien réglementée puissent être méconnus.

C. *Européens ayant été malades.*

Nous n'entrerons pas dans de longs détails pour ce troisième cas, car ce que nous avons dit jusqu'ici nous permet d'être très-bref. Les principes de l'alimentation sont les mêmes et, suivant que l'indication de soutenir les forces ou de ne pas faciliter les chances d'un raptus, par une alimentation trop riche, prédominent, cette alimentation prendra telle ou telle direction. Il y a une autre indication capitale en plus, c'est celle de ne pas fatiguer l'organe qui a été malade par la qualité ou la quantité des aliments. C'est ainsi que celui qui a eu une dysentérie, une hépatite, un accès bilieux, devra s'alimenter de manière à ce que l'action topique ou dynamique des substances ingérées ne vienne pas favoriser ou provoquer une rechute.

EXCRETA.

Dans cette étude d'hygiène appliquée à ce point particulier de l'habitation des Européens au Sénégal, nous n'aurons à nous occuper sous le nom d'excreta que des soins de propreté. Ces soins de propreté sont utiles partout, on le sait, et chez tous les hommes, plus encore dans les pays chauds et particulièrement au Sénégal, où la chaleur provoque la sueur, tandis que par ailleurs l'air tenant perpétuellement en suspension des particules très-ténues de sable, facilite la formation sur la peau d'une sorte de crasse composée de substances grasses et de matière inorganique.

Je n'ai pas à entrer dans de longues explications pour montrer

l'utilité des soins de propreté d'une manière générale; les traités généraux d'hygiène et de physiologie ont renseigné très-complétement déjà le lecteur bien avant qu'il se soit occupé de mon livre; aussi ne dirai-je que ce qui est absolument spécial aux *desiderata* de la Sénégambie dans cette question que j'écourte ainsi tout d'abord d'une manière considérable.

Il est plus indispensable au Sénégal qu'ailleurs peut-être de laver fréquemment le corps pour le débarrasser des impuretés excrémentielles et étrangères qui viennent s'appliquer sur la peau ; mais par une triste condition de l'existence dans ce pays, l'eau est d'une rareté désespérante dans nombre d'endroits pendant huit mois de l'année, et non-seulement elle est rare, mais encore elle est tellement chargée de sel marin qu'elle est impropre à dissoudre le savon.

Il est grandement à désirer, pour la réalisation du désideratum des excreta, qu'on prenne la détermination de doter Saint-Louis de vastes citernes, de manière à pouvoir fournir aux divers sujets de la garnison un bain d'eau douce par mois par exemple, et qu'on augmente suffisamment la ration journalière de l'eau potable, afin que les hommes puissent faire des ablutions partielles de leurs corps plus fréquentes et plus étendues.

Dans les endroits comme Dakar, Rufisque, en un mot dans tous les points où il y a de l'eau de source en suffisante quantité, il n'y a rien autre à demander que la pression des chefs pour obliger les paresseux et les insouciants à accomplir ce soin très-utile de l'hygiène.

Dans les postes situés sur le bord d'un fleuve ou d'un marigot, il n'est pas difficile de se procurer du bois pour faire bouillir, au préalable, l'eau qui servira à donner des bains partiels, et les hommes pourront, si on le veut bien, ne pas rester plus longtemps dans cet état de sordide saleté du corps qui leur est malheureusement trop habituelle jusqu'ici.

Les grands bains de pleine eau avec assez d'espace pour pouvoir se livrer à l'exercice de la natation auraient assurément un excellent résultat pour la santé, et il est très-grandement à regretter, que dans un pays où la mer et le fleuve ne font pas défaut, il n'ait pas été possible jusqu'ici de donner aux hommes cet agrément très-hygiénique.

J'ai formulé pour Gorée ce qu'on pourrait faire dans le but de doter la population militaire et civile d'un établissement de bains de mer. Je renvoie à ce que j'écrivais à ce sujet dans le journal officiel de la colonie de 1872 à 1874.

A Saint-Louis on a à choisir entre la mer et le fleuve pour les éta-

blissements de bain. Je me prononce d'une manière absolue et sans hésitation pour la mer malgré les difficultés plus grandes qu'on aurait à vaincre, car j'estime que les bains dans l'eau du fleuve ont nombre d'inconvénients; en effet, sans compter les chances d'absorption des germes de filaire par la peau et de tænia par le tube digestif, il est incontestable que le corps plongé pendant un certain temps dans une eau qui contient des matières morbigènes est exposé à absorber peut-être des principes de maladie.

Je voudrais pour ma part qu'à l'aide de pilotis de ronier par exemple, on circonscrivît un espace rectangulaire sur le bord de la plage du Guet N'Dar pour permettre à la population militaire et civile de prendre des bains de mer.

On objectera que les raz de marée et l'agitation habituelle de la mer détruiraient incessament l'enclos formé pour l'établissement des bains de mer; je ne crois pas que la question soit insoluble sous ce rapport. En effet on pourrait faire ici ce que j'ai vu sur les divers lacs de la Suisse, celui de Genève et celui de Lucerne par exemple; c'est-à-dire que des pilotis étant solidement enfoncés à deux mètres de distance les uns des autres forment une sorte de squelette qui, offrant très-peu de résistance à la mer, ne peut être ébranlé facilement. Au moment où la saison des bains s'ouvre, on glisse dans les rainures que présentent les pieux, un châssis grillé qui peut être retiré quand on le désire. Ce châssis constituerait une barrière parfaitement assurée contre les requins et autres poissons dangereux; inutile d'ajouter que sa mobilité ferait que sa fragilité ne serait pas une cause incessante de destruction.

Quelques Européens qui aiment les bains froids ont pris la coutume d'avoir au Sénégal une baignoire ordinaire remplie d'eau du fleuve ou de la mer à la température ambiante et de s'y plonger un instant en faisant leur toilette, ce qui donne une sensation extrêmement agréable de fraîcheur. La voix du vulgaire prête dans le pays une action pernicieuse à cette coutume et on cite un assez grand nombre de cas de mort subite dus évidemment à cette influence.

Je n'ai vu par moi-même qu'un cas de ce genre et encore il est contestable, car le sujet était malade, déjà intoxiqué par le plomb, et la mort pourrait être rattachée aussi à d'autres conditions, mais j'ai entendu citer des faits d'une précision qui me font très-résolûment croire à cette affirmation du vulgaire. L'explication de la mort dans ces cas ne me paraît pas difficile à donner : c'est la congestion pulmonaire ou encéphalique occasionnée par l'impression de fraîcheur ressentie tout à coup par la peau, et si on songe que souvent pendant les vents d'est, on voit des phénomènes de congestion viscérale se

manifester spontanément, on a moins de répulsion pour l'hypothèse que je viens de formuler.

Nous n'avons pas besoin de nous étendre plus longuement sur cette question des soins de propreté; un peu d'initiative des chefs et de bonne volonté de tous produiraient bien facilement et bien vite des résultats qui ne laisseraient absolument plus rien à désirer à l'hygiène en ceci.

APPLICATA.

Nous avons à nous occuper dans ce chapitre des vêtements et du couchage; et qu'on ne croie pas que cette question est secondaire dans un pays comme la Sénégambie, où le soleil est terriblement agressif, où les transitions du chaud au frais désagréable sont extrêmement brusques, où les oscillations de la sécheresse et de l'humidité de l'air sont plus brusques encore.

J'ai, avec la plupart de ceux qui m'ont précédé au Sénégal, la conviction que la question des vêtements a une importance considérable sur les chances de santé et de maladie; aussi voudrais-je qu'on s'en occupât d'une manière très-attentionnée désormais. D'autant qu'il serait, j'en suis sûr, facile d'arriver à de très-bons résultats sans grande dépense apparente, et d'ailleurs comme ici encore on gagnerait au centuple, par l'économie des journées d'hôpital, les frais occasionnés pour les améliorations décidées dans le choix, la confection et la forme des vêtements, il s'en suit que l'état y aurait en somme un réel bénéfice.

On nous permettra de ne pas passer en revue les divers détails de composition du sac du soldat et du matelot. Nous n'avons à nous occuper de cette question de vêtements qu'à un point de vue relativement très-restreint; aussi allons-nous tout simplement suivre la marche topographique, qu'on me passe le mot, c'est-à-dire que nous parlerons de la coiffure, des vêtements du corps et de la chaussure. Comme nous nous adressons à des lecteurs qui connaissent tout ce qui a été dit d'important là-dessus au point de vue de l'hygiène en général et au point de vue de l'hygiène professionnelle du militaire et du marin, nous pourrons abréger beaucoup.

Coiffure.

Les Européens qui sont envoyés pour le service de l'État au Sénégal portent une casquette ou un bonnet quand ils sont dans l'intérieur, ou bien, pendant la saison sèche, ils ont un chapeau quand ils sont exposés à aller au soleil. La forme actuelle de la casquette et du bonnet dit de travail que portent les matelots, quoique laissant

quelque chose à désirer, peut ne pas être critiquée par l'hygiène; seulement il est grandement à désirer qu'on restreigne son emploi aux moments où le service n'appelle pas les hommes au soleil.

Je voudrais pour ma part que le chapeau fût employé pendant plus longtemps qu'on n'en a l'habitude; qu'il fût la coiffure obligée des militaires et marins en garnison pendant dix mois de l'année au Sénégal, et, bien plus, que ce chapeau fût mis en usage pendant les deux mois de décembre et janvier toutes les fois que le service appelle les individus au grand air.

En somme, pour dire toute mon opinion, je voudrais que la casquette et le bonnet de travail fussent exclusivement réservés au service de nuit et au séjour dans les appartements, que le chapeau fût la tenue de service au grand air à toutes les époques de l'année.

La coiffe blanche, le couvre-nuque que l'on ajoute à la casquette ou au bonnet de travail me semblent tout à fait insuffisants au Sénégal; ils ont même à mon avis un désavantage, c'est de faire croire qu'on prend des précautions quand au contraire on va très-imprudemment au soleil avec ces adjutoria, car leur protection est bien près d'être illusoire dans des pays où le soleil est aussi ardent et aussi dangereux.

Le chapeau est donc la coiffure qui me semble devoir être préférée dans la Sénégambie et cela à peu près à tous les moments de l'année. Quelle est la forme, quelle est la nature du chapeau qui doit être adopté? Eh bien! je penche résolûment vers la forme qui est devenue réglementaire en Cochinchine, je voudrais que le chapeau dit solacco fut adopté à l'exclusion des autres: il abrite très-bien des rayons solaires, il permet la circulation de l'air autour de la tête d'une manière très-heureuse, chose que tous autres systèmes de coiffure, quels qu'ils soient, ne produiront pas aussi bien. En un mot, il a presque l'avantage du parasol qui, on ne le contestera pas, est un excellent instrument contre l'ardeur du soleil.

On m'opposera que, dans les pays comme la Cochinchine, où le solacco est la coiffure ordinaire, la température est toujours également élevée, tandis qu'au Sénégal, il y a des moments assez frais pendant la saison sèche pour qu'il soit à craindre que les hommes ne contractent des rhumes en portant cette coiffure; l'objection ne me paraît pas assez puissante pour faire rejeter l'usage du solacco. Le soldat et le marin n'ont-ils pas la casquette et le bonnet pour les moments froids et pour la nuit? A la rigueur, une simple calotte en calicot qui serait mise immédiatement sur la tête n'abriterait-elle pas suffisamment les hommes contre les chances de refroidissement? Et, allons plus loin, même en admettant qu'on exposât ainsi

les hommes à quelques rhumes, j'estime qu'il y aurait encore un très-grand bénéfice à les munir d'un solacco pendant toute l'année, car nul ne contestera que le coryza et la bronchite soient moins dangereux au Sénégal que l'insolation.

Pour les individus qui ne sont pas obligés de marcher dans le rang de la troupe, je conseille de porter toujours, en outre du solacco, un parasol; il n'y a pas d'agent plus efficace de protection, et pour ma part, je déclare que je m'en suis toujours muni à toutes les époques de l'année au Sénégal, ayant pour ceux qui n'en portent pas un sentiment de commisération inquiète et ayant mille fois constaté que les jeunes imprudents et les vieux matamores qui ont l'air de faire fi de ce moyen de protection payent souvent bien cher leur sentiment de coquetterie, disons le mot, de forfanterie.

Vêtements du corps.

Nous allons passer en quelques mots en revue, le gilet de flanelle, la chemise, la ceinture, le paletot, le caleçon, la chaussette et le pantalon. Nous n'avons pas besoin de parler du caban, du manteau, du vêtement chaud, de sur-enveloppe, en un mot, disons seulement que chacun doit emporter au Sénégal celui dont il fait usage en France, car pendant les voyages d'aller et de retour, pendant les nuits fraîches, s'il est exposé à faire expédition ou à aller dans les canots, l'utilité de cette sur-enveloppe est tout à fait incontestable.

Flanelle.

L'usage du gilet de flanelle s'est généralisé dans les colonies et particulièrement au Sénégal; nous applaudissons à cette coutume que nous voudrions voir adopter par chacun. D'ailleurs, l'utilité du gilet de flanelle est si bien connue aujourd'hui que nous n'avons pas besoin d'insister davantage sur son compte. Nous voudrions seulement que les hommes eussent une quantité suffisante d'eau douce pour pouvoir laver chaque semaine leur flanelle, car quand elle est portée trop longtemps elle absorbe moins bien la sueur et peut devenir irritante pour la peau par le rancissement de la matière sébacée qui l'imprègne.

Beaucoup d'officiers et de fonctionnaires vivant isolés ont l'excellente coutume d'avoir toujours un gilet de flanelle exposé à l'air dans leur cabinet de toilette, de manière à pouvoir changer de ce vêtement intime toutes les fois qu'ils rentrent chez eux après une course ou une promenade même. Rien ne repose et n'est agréable comme cette mesure qui est aussi excellente au point de vue de l'hygiène, car on n'est pas exposé avec elle au refroidissement quand

on reste inactif chez soi après un exercice de corps, et même la marche qui provoque toujours pendant la saison chaude des flots de sueur.

Chemise.

Les matelots de l'Etat seuls ont encore des chemises de toile, au grand regret de l'hygiéniste qui réclame des chemises de calicot pour tous et toujours. Le chef de corps qui fera changer ses hommes de ce vêtement toutes les fois qu'on revient de l'exercice, d'une marche ou d'un travail quelconque, diminuera dans une notable proportion leurs chances de refroidissement et de maladies.

Caleçon.

L'usage du caleçon en calicot est une excellente chose que je voudrais voir se généraliser dans la troupe et la marine; c'est un grand objet de propreté et aussi le moyen très-efficace de prévenir nombre d'affections prurigineuses, des furoncles, etc., etc. Faisons des vœux pour qu'il entre non-seulement dans la composition réglementaire du sac, mais encore dans les habitudes de chacun.

A ceux qui ont assez de soin de leur propreté corporelle pour ne pas porter trop longtemps leurs vêtements intimes, je conseillerai de garder le caleçon et les chaussettes même pendant la nuit dans la saison chaude ou au moins garder le caleçon. Grâce à cette précaution, ils pourront se jeter sur leur lit sans faire grande attention à ne pas se découvrir pendant le sommeil et ils n'auront pas à craindre un refroidissement de l'abdomen contracté pendant le repos et alors qu'on croit avoir pris toutes les précautions hygiéniques convenables.

Veste. — Paletot. — Redingote. — Pantalon.

Ces objets doivent être toujours en drap ou pour mieux dire en tissu de laine, aussi lâche et aussi mince qu'on voudra dans les moments chauds de l'année, mais néanmoins ne jamais être délaissés pour des vêtements soit en toile de coton, soit en toile de chanvre ou de lin. Assurément l'impression de frais que l'on éprouve quand on se dévêtit pendant l'hivernage est délicieuse; mais il ne faut pas oublier qu'elle est plus pernicieuse encore qu'agréable, de sorte qu'il ne faut pas plus ici que dans d'autres circonstances se laisser aller sans frein ni réflexion à la satisfaction du moment; d'ailleurs j'ajouterai que ceci est une affaire d'habitude. On peut parfaitement conserver des vêtements de laine pendant la saison chaude, comme on peut s'abstenir de boire dans l'intervalle des repas, et le bénéfice en est si grand pour la santé que tout homme

quelque peu soucieux de son existence ne devrait jamais commettre d'infraction sous ce rapport.

Ai-je besoin d'invoquer l'autorité de mes prédécesseurs pour soutenir mon opinion? Le passage suivant de Thévenot, dont personne ne conteste l'autorité pour ce qui regarde le Sénégal, va fixer les idées des plus hésitants : « Les Européens doivent en tout temps « porter des étoffes de laine plus ou moins légères suivant le degré « de température; la toile doit être à jamais exclue des vêtements, « surtout de ceux qui touchent immédiatement la surface cutanée. » (Thévenot, p. 285.)

Chaussettes.

L'usage des chaussettes est un complément indispensable du vêtement, tant au point de vue de la propreté que de l'hygiène, et on devrait prendre l'habitude de changer ce vêtement comme les autres toutes les fois qu'on a fait une course, même une simple promenade au dehors.

Ceinture.

La ceinture est un excellent complément de vêtement au Sénégal, soit qu'elle consiste dans un simple morceau de flanelle qui fait un tour et demi du corps, au-dessous du pantalon, soit qu'on la porte au-dessus des autres vêtements, comme beaucoup d'habitants de l'Afrique septentrionale, et qu'elle fasse plusieurs fois le tour du corps. Soutenir les organes abdominaux, mais surtout les maintenir dans une température qui est élevée et égale, empêcher les refroidissements partiels et généraux du ventre, voilà son rôle qui est extrêmement favorable à la conservation de la santé.

Ce que j'ai dit de la conservation du caleçon pendant la nuit s'applique très-bien à la ceinture, et l'Européen qui a soin de ne pas se dévêtir complétement pendant la nuit a de grandes chances pour ne pas éprouver certaines maladies intestinales, la dysentérie surtout, s'il a par ailleurs une hygiène alimentaire convenable.

Chaussures.

En France, on porte surtout le soulier; la botte est une chaussure tout à fait exceptionnelle. Il est regrettable qu'on n'en use cependant pas davantage dans certains pays, et particulièrement au Sénégal, où le sable s'insinue facilement au-dedans de la chaussure et salit en même temps qu'il irrite les pieds. Il est vrai de dire que la botte exige plus de soin si on veut rester propre, parce que, emprisonnant le pied et le bas de la jambe d'une manière plus complète, elle empêche, plus que le soulier, la transpiration cutanée ; mais il

ne reste pas moins exact que, pour ceux qui ont soin de leur corps, la botte légère vaut mieux que le soulier dans toutes les courses à l'extérieur et dans le sable.

Dans l'intérieur de la ville et des appartements, il est agréable et il n'est pas malsain d'avoir une chaussure légère. Ajoutons que toutes les fois qu'on changera la botte pour la pantoufle ou le soulier, on aura soin de changer de chaussettes, si on ne veut pas s'exposer à des refroidissements des pieds qui retentissent d'une manière aussi assurée que pernicieuse sur les intestins.

Couchage.

Je n'ai pas besoin de m'étendre longuement sur la question de couchage, les militaires ont une literie très-convenable dans les casernes de Saint-Louis et de Gorée et même dans les postes. On devrait cependant généraliser à tous les hommes et à toutes les saisons l'usage de la moustiquaire.

Pendant l'hivernage, on se trouve très-bien d'une natte souple placée entre le matelas et le drap, car la chaleur de la couche se trouve ainsi très-heureusement atténuée. Il est nécessaire d'apporter à cette question de la literie et des objets de couchage, une assez grande attention dans les pays comme le Sénégal, car il ne faut pas oublier que, pendant l'hivernage, les malades comme les hommes bien portants retirent un bénéfice considérable d'une bonne nuit, comme ils sont très-exposés aux chances morbides par un sommeil pénible et exécuté dans de mauvaises conditions.

La chaleur est parfois si pénible pendant l'hivernage que nombre d'Européens ont la fâcheuse coutume d'aller se coucher en plein air comme font la plupart des indigènes. Je ne saurais trop condamner cette manière de faire pernicieuse pour la santé.

Je n'arguerai pas des accidents qui sont arrivés maintes fois du fait de cette triste manie de coucher sur une terrasse; je ne rappellerai pas, par exemple, qu'un officier du génie qui a laissé une réputation de travailleur au Sénégal, le capitaine Parent, est mort pour s'être involontairement précipité de la hauteur d'un second étage dans un état de demi-sommeil, une nuit qu'il couchait sur son argamasse; mais j'invoquerai les mille cas de dysentérie mortelle qui sont chaque année la conséquence de cette très-fâcheuse habitude de coucher en plein air.

Celui qui voudra pouvoir dire qu'il suit les prescriptions de l'hygiène au Sénégal devra coucher dans un appartement qui est entièrement clos de ses portes et de ses fenêtres dès la tombée de la nuit. Tout courant d'air devra être soigneusement interrompu dans la

chambre où est le lit aux heures du repos. Et non-seulement les persiennes, mais les vitres des croisées doivent être exactement fermées.

La chambre à coucher doit être aussi vaste que possible, il est vrai, et présenter un grand cube d'air pour chaque personne, mais je ne saurais trop le répéter : tant pour échapper au paludisme que pour éviter les refroidissements, cause puissante de dysentérie et d'hépatite, il faut que la chambre à coucher reste isolée de l'air extérieur d'une manière absolue depuis six heures du soir jusqu'à six heures du matin.

Bien plus, ceux qui ne sont pas certains de rester pendant leur sommeil suffisamment immobiles sous leurs draps pour ne pas se découvrir, devront prendre la coutume de dormir vêtus d'une mauresque ou d'un caleçon de calicot pour éviter le refroidissement qui peut survenir dans une chambre close, du fait seul d'un changement de position dans le lit.

On trouvera que mes prescriptions sont pénibles à exécuter, c'est possible, mais, comme en somme la santé est à ce prix, je crois que les sages et les prudents suivront mes conseils qui d'ailleurs ne sont pas impossibles à pratiquer. La preuve que je puis donner, c'est que j'ai pu en faisant avec attention ce que je viens de dire, conserver ma santé et celle des miens d'une manière extrêmement enviable par les autres pendant de longs séjours en Sénégambie.

Les Européens ont la coutume de coucher dans les chambres des étages élevés de leurs maisons au Sénégal : c'est une excellente habitude qu'il ne faut pas perdre. Je n'irai pas jusqu'à dire que la quantité d'acide carbonique de l'air étant plus grande dans les chambres de rez-de-chaussée, leur habitation est malsaine, ce serait avancer un fait qui n'est pas encore suffisamment démontré ; mais ce qu'on peut assurer, c'est que l'habitation au premier étage est infiniment plus agréable d'une part et expose assurément à moins de refroidissements, l'humidité des murs étant très-notablement moindre.

PERCEPTA ET GESTA.

Nous réunirons ces deux subdivisions de notre étude pour ne pas nous exposer à des redites dont le moindre inconvénient serait de donner à notre travail une longueur injustifiée, et nous allons dire un mot rapide de l'hygiène des divers sens au Sénégal, ainsi que de la mesure dans laquelle il faut se livrer à des occupations corporelles et intellectuelles pour rester dans les meilleures conditions possibles de santé.

Je ne vais pas entrer dans de longs développements au sujet de

l'hygiène des sens, du tact et du toucher, mais je ne laisserai pas passer l'occasion de m'occuper à ce propos de tout ce qui regarde le sens génésique qui lui a été rattaché et qui a une importance considérable au Sénégal, de sorte que nous pourrons dire que nous nous occupons actuellement de ce qui touche la grande fonction de la génération.

Or, commençons par dire qu'une grande cause d'affaiblissement et de maladies pour les Européens au Sénégal est l'abus de la fonction génésique. Dans ce pays où les négresses sont aussi nombreuses que faciles, où les mulâtresses ont une vertu plus que contestable, l'Européen, qui est d'ailleurs dans la force de l'âge et dont l'imagination est aiguillonnée à chaque instant par la vue de filles à peu près nues, ayant des attitudes et des paroles lascives, se laisse aller à des excès qu'il considère comme des besoins réels quelquefois et qui ne sont trop souvent qu'une débauche de l'esprit.

L'Européen, désireux de conserver sa santé dans un pays comme le Sénégal, doit être extrêmement sobre de cette fonction génésique, et la chose se comprend si bien qu'il est presque inutile de l'indiquer. En effet, l'acte de la copulation est un puissant moyen d'affaiblissement momentané et permanent de la force vitale; les exemples fourmillent dans cet ordre d'idées, de sorte qu'il est très-rationnel d'admettre que, dans un pays aussi débilitant par lui-même déjà, il est tout à fait inopportun d'aider très-puissamment l'action d'appauvrissement physiologique de l'individu.

Je n'entrerai pas dans la discussion de la mesure dans laquelle la prudence commande d'user des fonctions génératrices : la force corporelle, la résistance individuelle, l'habitude sont autant de facteurs qu'il faut faire entrer en ligne de compte; mais d'une manière générale, je ne saurais recommander une trop grande réserve aux individus bien portants.

On peut dire, comme pour bien des choses, que c'est un conseil pour les bien portants et une menace pour les malades. Que ceux qui désirent passer sans encombre leur temps de service au Sénégal y fassent attention, car il y va de leur très-grand intérêt!

Je me suis étendu suffisamment déjà sur l'importance que j'attache à l'économie de la fonction génésique, quand j'ai dit que les religieux et les sœurs de charité résistent mieux que les autres Européens au climat du Sénégal; je renvoie le lecteur à ce passage et il sera convaincu peut-être que cette retenue génésique a de sérieux avantages, même alors qu'on ne fait pas entrer en ligne de compte les chances d'accidents pathologiques ou de complications sociales qui peuvent en résulter pour les intéressés.

Fécondité.

Le climat du Sénégal est-il fâcheux pour la fécondité des hommes et des femmes de la zone tempérée qui vont y séjourner pendant un certain temps? Telle est la question qui est souvent posée et à laquelle je dois répondre d'un mot.

Je suis porté à penser, comme Thévenot, que le climat sénégambien ne nuit pas à la fécondité de la femme européenne, à moins que son influence débilitante n'ait trop profondément agi sur son organisme, ce qui n'arrive que tard chez les personnes qui habitent Saint-Louis ou Gorée. *A fortiori*, je crois que l'homme ne subit que moins encore l'action déprimante. Si la race blanche ne se perpétue pas dans le pays, il ne faut pas l'attribuer à l'affaiblissement de la propriété reproductive des individus, mais aux mille autres mauvaises conditions qui lui livrent un combat acharné et incessant.

En revanche, l'allaitement est fréquemment pénible et surtout entraîne une débilitation telle qu'il est imprudent de le laisser effectuer par les mères blanches, excepté dans des conditions tout à fait exceptionnelles, et je conseillerai toujours, *a priori*, l'usage d'une nourrice nègre ou du biberon dans le cas où on pourra avoir une chèvre ou une vache à portée de l'enfant à chaque instant.

Les enfants blancs, apportés d'Europe ou nés dans le pays, s'élèvent à peu près aussi bien à Saint-Louis et à Gorée qu'en France. Il faut avoir cependant un soin extrême de les garantir du soleil et des fraîcheurs, et à ce sujet j'appelle l'attention des parents comme des médecins de la manière la plus pressante sur la nécessité de surveiller à toute heure l'enfant et la nourrice ou la gardienne du babi après qu'il a été sevré. Que de fois n'ai-je pas vu une stupide négresse porter sur le dos, comme c'est l'habitude, un enfant blanc qui lui avait été confié ? La mère avait bien eu soin de fournir une ombrelle et de munir la pauvre petite créature d'un chapeau ; mais la gardienne insouciante laissait le chapeau tomber ou se déranger, tandis qu'elle tenait l'ombrelle orientée à contresens.

Mille fois on voit dans le cours de son existence au Sénégal des cas insidieux et graves, des atteintes mortelles autant qu'imprévues survenir chez les adultes comme chez les enfants; on ne sait souvent à quelle cause les attribuer, qu'on les mette à la charge de l'insolation et on ne se sera pas trompé.

Goût.

Le sens du goût est souvent en souffrance dans un pays où tout

confortable manque et où trop souvent la santé est si débile qu'elle ressemble à la maladie et où surtout la plupart des affections retentissant sur la nutrition des appareils gastrique, biliaire et intestinal, entraînent comme premier et général phénomène, l'anorexie. Même alors que la santé s'est maintenue à peu près convenable, un phénomène très-général en Sénégambie c'est la diminution de l'appétit, de sorte que, si on ne réagit pas par la volonté et l'attention, on laisse la porte grandement ouverte à la débilitation.

Nous avons dit déjà quelque chose sur ce sujet en nous occupant de l'hygiène alimentaire et, en particulier, des apéritifs; nous allons le compléter. Les individus qui veulent réagir contre l'anorexie, trouvant que les aliments sont aussi insipides que mal préparés et servis d'une manière trop uniforme, stimulent souvent dans les pays chauds leur appétit par les condiments du genre de la moutarde, du vinaigre, des épices, etc., etc.; c'est funeste habitude, disons-le d'un mot, et qui entraîne plus d'accidents ultérieurs qu'elle n'a de bon effet immédiat.

Le sel est le seul condiment dont on doit faire usage, je ne saurais recommander une trop grande sobriété à l'égard des autres condiments. N'oublions pas de rappeler que l'habitude naît souvent de l'imitation du parti pris et qu'elle est dans ce cas aussi fâcheuse pour la santé que peu flatteuse pour le bon sens de celui qui s'y est laissé aller sans y songer.

Que les nouveaux arrivés dans la colonie ne croient pas qu'il faut s'habituer à manger épicé pour paraître un vieux créolisé. Que ceux qui sont depuis un certain temps dans les pays ne fassent pas montre de leur coutume de manger des condiments incendiaires, car leurs tours de force en ceci sont plutôt de mise chez les charlatans et les hercules des foires que chez des gens bien élevés et raisonnables.

Je suis convaincu que, si ce mobile de la vanterie n'existait pas en tout ceci, on userait infiniment moins de condiments et d'apéritifs au Sénégal, ce qui diminuerait sensiblement les chances de maladie. J'ai habité assez longtemps la colonie sans jamais abuser des épices; j'ai vu assez de vieux Sénégalais ne pas assaisonner leurs aliments de piments rouges, de hachards, de vinaigre, de moutarde avec exagération pour pouvoir m'inscrire énergiquement en faux contre ceux qui ont l'air de soutenir que l'alimentation incendiaire est une nécessité dans le pays qui nous occupe.

Odorat, ouïe et vue.

Nous ne dirons rien de l'hygiène de l'odorat et de l'ouïe qui ne présentent rien de spécial en Sénégambie; nous ne dirons même

qu'un mot touchant la vue, bien que ce sujet méritât de nous occuper longuement, mais dans l'obligation absolue où nous sommes ici de ne pas donner une étendue trop considérable à notre travail, nous passerons nombre de points importants sous silence.

Dans un pays sablonneux et où le soleil a une aussi grande puissance qu'au Sénégal, la vue est généralement très-fâcheusement impressionnée, et il convient de l'exposer le moins possible à la réverbération des vastes surfaces blanches qui se rencontrent à chaque pas. Il y a longtemps que j'ai réclamé avec instance l'adoption du badigeonnage des murailles au lait de chaux coloré en bleu clair, en gris, en rose, comme cela se fait en Italie et en Espagne. Le jour où cette coutume sera adoptée, on aura produit une amélioration sensible dans cette partie de l'hygiène sénégalaise.

L'emploi des lunettes à verres noirs est une chose utile pour ceux que l'impression de la trop grande lumière fatigue trop péniblement; mais le meilleur conseil à donner, c'est d'éviter de sortir et de garder les jalousies de son appartement fermées pendant les chaudes heures de la journée.

Il y a toujours une poussière impalpable dans l'air au Sénégal, surtout pendant la saison sèche : elle est très-désagréable pour les yeux et peut provoquer des accidents de conjonctivite. L'emploi des conserves est un bon moyen de protection contre ce sable, mais il faut n'user que modérément de celles de ces conserves qui ont une toile métallique au pourtour et un petit morceau de soie, parce qu'elles ont l'inconvénient de maintenir les yeux dans une atmosphère chaude qui facilite leur congestion.

N'oublions pas qu'il a été démontré depuis longtemps que la sobriété est un excellent moyen de conserver la vue, que la régularité des fonctions digestives et de la défécation a une influence très-grande sur les irritations oculaires (*voir* Michel Lévy, t. II, p. 301), et que cette pensée vienne s'ajouter à mille autres pour éloigner ceux qui ont un peu de soin de leur santé, de ces abus alcooliques qui sont le mal comme l'opprobre de la plupart des pays tropicaux.

Sieste.

Dans les pays chauds, et le Sénégal est du nombre, on a l'habitude de faire la sieste aux heures chaudes de la journée. On a beaucoup parlé et beaucoup écrit pour et contre cette coutume de dormir pendant le jour et, malgré les adhérents et les opposants, les neuf dixièmes sinon plus des habitants se laissent aller au sommeil entre midi et deux heures. Je dirai tout d'abord que j'ai suivi le courant et que je m'en suis bien trouvé; pourquoi ne conseille-

rais-je pas l'emploi de ce moyen très-utile de détente et de repos dans un pays et à un moment où tout y convie?

Avoir soin de ne pas s'étendre sur son lit ou sur un canapé peu de temps après avoir fait un copieux déjeuner ou en sortant de table en temps ordinaire; mettre entre le moment où l'on sort de déjeuner et celui où l'on commence la sieste une heure et demie à deux heures; ne pas consacrer plus d'une heure au maximum à cette sieste, et je ne crains pas de dire qu'on s'en trouvera bien, qu'on aura puisé ainsi, dans une saison où les nuits sont trop souvent pénibles, de nouvelles forces dans ce repos méridien.

SERVICE. — OCCUPATIONS. — DISTRACTIONS.

A. *Service.*

Le service, proprement dit, du militaire est en général peu pénible en temps ordinaire; au Sénégal, les gardes, les corvées sont ménagées par l'autorité avec une attention très-paternelle et les hommes subissent peu de chances de maladie du fait du service journalier de la place. En revanche, pendant les expéditions, les promenades militaires, etc., etc., ils sont exposés à certaines mauvaises chances, l'insolation par exemple.

Le service des matelots blancs sur les navires du fleuve est en général rendu aussi facile que possible, mais la profession expose à infiniment plus de chances de maladie en temps ordinaire, sans compter que, pendant les voyages dans le haut pays, dans la saison la plus mauvaise, certaines nécessités engendrées par la navigation, l'arrivée et le départ, les échouages, etc., etc., les mauvaises chances sont décuplées.

Enfin, le service des matelots du commerce les expose à de nombreuses chances de maladie lorsqu'il les appelle dans les rivières malsaines du bas de la côte, et là ces hommes, trop peu soucieux des lois de l'hygiène, trouvent parfois pendant un séjour de quelques semaines, de quelques jours à peine, des germes de maladie et de mort même, que la garnison proprement dite du Sénégal ne rencontre pas avec la même fréquence et la même intimité.

Thévenot, dont j'ai lu tant de fois sur les lieux mêmes l'excellent livre et qui joignait au savoir du médecin habile le talent de l'écrivain intéressant, consacre à l'hygiène des matelots du commerce un passage (*loc. cit.*, p. 295) que je n'hésite pas à reproduire textuellement, persuadé que le lecteur me saura gré de lui avoir donné l'occasion de lire quelques lignes aussi bien pensées que dites d'une

manière élégante, sur les chances que courent les équipages de commerce qui viennent au Sénégal.

« Dans la bonne saison, la marine marchande n'a que très-peu de « malades, que des maladies peu graves et, par conséquent, peu de « décès.

« Dans l'hivernage, les navires, étant stationnés près des quais « malpropres, enveloppés d'humidité et de miasmes, sont par cela « même très-insalubres. Nous avons vu précédemment la différence « énorme qui existe entre la mortalité des équipages livrés à la « haute mer et celle des marins qui pénètrent dans le fleuve. Les « néfastes de ces derniers sont d'autant plus grands qu'ils station- « nent près des lieux plus incultes comme il est arrivé aux explo- « rateurs du Niger et de la Casamance. Je ne saurais guère donner « des règles de conduite à des hommes qui sont constamment dans « un état d'imminence morbide.

« Est-ce l'hygiène qui détruira spontanément les marais et leurs « miasmes délétères? Non, sans doute. Le malheureux qui expire « lentement asphyxié ne peut être sauvé par aucun moyen : le seul « consiste à lui donner un air pur, le seul qui puisse préserver « de la mort les équipages, c'est la fuite s'il en est temps encore, « car il peut avoir puisé déjà sur la rive infectée, il peut emporter « dans ses flancs et dans ceux du navire la maladie qu'il cherche à « éviter.

« Une bonne nourriture, quelques doses de quinquina, des tra- « vaux modérés, un grand calme d'esprit diminueront sans doute « les chances de mort, mais ce n'est pas la terreur qui abat toujours « les hommes.

« La nature dans les fleuves de l'Afrique frappe l'Européen au « milieu de ses fêtes. C'est quand un sol perfide est couvert de fleurs, « que les arbres sont enlacés de guirlandes et animés par les bril- « lantes créations; c'est au milieu des chants d'amour de tout ce « qui a vie que s'élaborent les germes de toute destruction; alors « s'amoncèlent ces vastes débris qui engraissent la terre et entraî- « nent l'homme sans qu'il s'en doute. L'expérience lui crie donc « d'éviter ces terres dangereuses; les siècles lui diront combien « d'Européens sont restés sur ces rives, combien d'équipages ont « été dévorés par les épidémies qu'ils bravaient.

« Pour ceux qui viennent à Saint-Louis, les dangers ne sont pas « aussi grands parce qu'ils sont près de lieux déjà assainis; mais « l'habitation même dans les navires, sur le bord du fleuve, est ce- « pendant dangereuse à proportion de l'impureté de l'air qu'ils res- « pirent dans leurs cabanes. Il serait donc essentiel que les équi-

« pages blancs fussent logés à terre pendant l'hivernage; ils ne sont « jamais assez nombreux pour qu'une pareille mesure soit impos- « sible, elle ferait certainement éviter plus d'une entrée à l'hô- « pital.

« Les Européens sont peu faits pour travailler à cette époque sous « le ciel orageux du Sénégal, ils devraient toujours être remplacés « par des nègres dans la mauvaise saison. En effet, ce n'est guère « qu'alors que les marins du commerce blancs viennent à l'hôpital, « et ils y viennent parce que le moindre travail les écrase, eux déjà « énervés par la chaleur, par le mauvais air et cependant doués « d'une activité qu'ils doivent à un sang trop excitable. »

Qu'ajouterons-nous à ce que disait Thévenot en 1840? Rien, car il a vu et bien vu ici comme toujours ce qu'il faut faire pour résister le mieux possible aux atteintes du climat funeste pour les Européens de la Sénégambie.

Le service des officiers et des fonctionnaires est plus ou moins pénible: il y a pour eux un coefficient de préoccupations et de responsabilité qui ne peut se mesurer exactement et qui cependant intervient très-grandement dans les chances de maladie de plusieurs d'entre eux.

Nous sommes envoyés aux colonies pour accomplir une mission, pour servir le pays, pour faire ce que nous appelons le devoir; donc il faut avant tout que le service se fasse et se fasse bien. Le rôle de l'hygiéniste dans de pareilles conditions se réduit à chercher les moyens de conserver le mieux possible la santé, sans avoir à réclamer contre les exigences de la fonction que remplit l'individu. Par conséquent, tout en disant qu'il faut se garantir le plus possible du soleil, ne pouvons-nous songer à blâmer, à regretter même l'obligation des corvées, des exercices, des expéditions qui mettent si péniblement les hommes sous les ardeurs du soleil.

Que le chef, sachant le danger qu'il y a, cherche sur notre conseil à diminuer le plus possible cette exposition au soleil, il y est intéressé autant, sinon plus, que les autres, car avec sa santé il y a sa réputation; en ceci nous lui laissons toute l'autorité en même temps que toute la responsabilité. A nous de dire: voilà qui est utile, voilà qui est inutile; à lui de peser s'il faut exposer, sacrifier la vie de tel ou tel pour obtenir tel ou tel résultat.

Or, dans ces conditions, nous avons déjà exposé surabondamment les éléments du problème, nous avons énuméré les chances de maladie que l'on court, et nous pouvons ne pas insister très-longuement. Disons cependant qu'il serait à désirer que les hommes fussent

classés dans la colonie en trois catégories sous le rapport de la santé.

A. Ceux qui peuvent aller dans les postes les plus malsains : Bakel, Médine, Mbidjem, Boké, Sedhiou.

B. Ceux qui peuvent aller dans les postes moyennement malsains comme Podor, Merinhaghen, Thiès, etc., etc.

C. Ceux enfin qui doivent être conservés au chef-lieu à cause de leur santé délicate ou débile.

Je sais qu'une pareille classification est difficile, mais enfin elle n'est pas impossible et les bénéfices qu'on en tirerait pour la santé seraient certainement au-dessus des difficultés de l'entreprise. Les hommes ne devraient aller, si c'était possible, dans les postes que sur leur demande, et en ceci laissons encore la parole pour un instant à notre savant prédécesseur : « On ne devrait envoyer à Galam « que des hommes de bonne volonté. La terreur les frappe avant « leur départ, les dispose à l'imprégnation miasmatique, un moral « fort les soutiendrait au milieu des fatigues, une haute paye, de « bons aliments, tous les soins les plus assidus diminueraient les « chances défavorables et les mettraient dans le cas des officiers, « souvent malades mais plus rarement victimes. » (Thévenot, p. 333.)

Nous le répétons, nous n'avons rien à ajouter à ces paroles, vraies aujourd'hui comme en 1840, et nous faisons le vœu que désormais on cherche à suivre ce si sage conseil.

Occupons-nous des garnisons des postes éloignés d'une manière un peu plus attentionnée, car nous avons vu qu'ils fournissent une proportion très-considérable de malades et de morts, et nous devons rechercher s'il ne serait pas possible d'arriver à diminuer les mauvaises chances que subissent les militaires obligés de séjourner dans les fortins qui protégent nos comptoirs.

Actuellement on envoie dans les postes le moins de soldats européens que l'on peut, ce qui est une très-bonne mesure, et il faudra toujours faire entrer la plus grande proportion possible de soldats indigènes dans cette petite garnison, mais cependant on sera toujours obligé d'y laisser des officiers, des sous-officiers et quelques soldats fantassins et artilleurs.

Une première condition très-importante réside dans la durée de séjour dans le poste : il ne faut pas oublier que l'existence y est cruellement pénible le plus souvent, toujours mortellement monotone pour l'homme qui n'a pas de vicieuses habitudes, de sorte qu'il faudrait à mon avis renouveler le plus fréquemment possible la garnison de ces fortins. Dans les pays facilement accessibles en

tous temps, je voudrais que le séjour fût de deux mois seulement, de trois mois au plus. Dans les postes du haut fleuve on fera très-bien de continuer à appliquer rigoureusement la prescription ministérielle qui veut que les hommes qui montent en juillet ou août par le premier navire, redescendent en décembre par le dernier, de manière à ce qu'une garnison passe quatre mois, l'autre huit mois seulement dans le haut pays où nous avons vu que la vie est si terriblement pénible.

En diminuant notablement le temps de séjour dans les postes, on pourrait exiger une discipline plus sévère, c'est-à-dire une sobriété plus grande de la part des hommes en même temps qu'on diminuerait considérablement toutes les chances de maladie, dépendant soit de l'insalubrité du pays, soit de la négligence des individus. Qu'on ne l'oublie pas, il y a là une sérieuse amélioration à produire :

1° Avoir des hommes de bonne volonté pour aller dans les postes ;

2° Empêcher qu'au départ ils n'emportent des provisions d'eau-de-vie, d'absinthe et de tous les alcools de mauvais aloi qui se débitent chez ces commerçants de bas étage, qui pullulent partout où il y a des malheureux à duper ;

3° Faire que, pendant leur séjour, ils ne passent pas une vie exclusivement partagée entre la paresse et l'intempérance ;

4° Diminuer autant que possible la durée du séjour dans les postes et ramener souvent les hommes sous la surveillance et la discipline des chefs qui sont au chef-lieu.

Il y a là assurément le moyen de diminuer de plus de moitié le nombre annuel des malades et des morts de la colonie.

Dans ma position et avec mes habitudes, je ne puis faire une critique trop appesantie des mauvaises habitudes, mais je ne saurais trop appeler l'attention de l'autorité sur ces points qui touchent de si près à la bonne composition de notre armée. Que l'envoi dans un poste ne soit pas pour l'homme la perspective d'une paresse et d'une intempérance sans limites, que le service y prenne assez de temps pour ne pas donner prise à l'ennui et à la nostalgie, et on aura grandement amélioré la situation. La diminution du temps de séjour dans les postes est aussi une chose capitale pour y arriver.

Répétons-le encore, le service est dans les postes comme dans les chefs-lieux, c'est-à-dire partout, un grand moyen que l'autorité a entre les mains pour empêcher les mauvaises habitudes de se développer, et l'ennui et la nostalgie d'attaquer les individus. Que les chefs secondent en ceci les prescriptions de l'hygiène pour ce qui regarde les soldats.

Quant aux fonctionnaires et aux officiers qui ne sont pas encadrés dans les rangs de la troupe, c'est encore au service que revient une grande partie du bénéfice qu'ils ont de séjourner plus ou moins longtemps dans des pays aussi tristes que le Sénégal, sans y souffrir de l'ennui et sans se laisser aller aux suggestions funestes de l'oisiveté.

B. *Occupations et distractions en dehors du service.*

Nous arrivons à un point très-important en hygiène, à ce que fait l'individu en dehors des moments où le service de l'Etat l'a occupé et si nous n'avions pas le devoir d'être extrêmement bref, si nous avions à développer ce point de la question comme chose principale de ce livre au lieu d'avoir à n'en dire qu'un mot en passant, nous aurions des détails bien importants à présenter.

Résumons-nous en quelques mots. L'Européen passe ses moments de liberté à la promenade, à la chasse, aux excursions au dehors et à des occupations privées chez lui. Voilà trois grandes séries à passer en revue.

Promenades.

Il est très-hygiénique de faire chaque jour une bonne et assez longue promenade au grand air, le meilleur moment et le seul moment peut-être pour la faire est de quatre à six heures du soir. En effet, le matin avant le lever du soleil, les effluves marématiques provoquent la maladie et le frais piquant remplacé presque sans transition par l'ardeur du soleil est une mauvaise chose; dans la journée, les rayons solaires rendent toute promenade au dehors terriblement dangereuse.

Le soir après le coucher du soleil, le frais humide et la chute des miasmes tenus dans les régions élevées de l'atmosphère pendant le jour, prédisposent à la maladie, dysentérie, fièvre, rhumatisme, etc.

Il n'y a donc que deux heures : de quatre à six heures du soir, et chacun devrait avoir un très-grand soin de ne pas manquer à cette règle de l'hygiène, on fait ainsi un exercice salutaire qui donne un peu d'appétit et prépare une bonne nuit.

Chasses et excursions.

Une des grandes causes de maladie pour les Européens qui habitent la Sénégambie est la passion de la chasse ou des longues excursions dans la campagne; on y trouve quelquefois du gibier, quelques objets d'histoire naturelle, mais toujours et fatalement la maladie. Je ne saurais trop blâmer cette funeste distraction qui consiste ainsi à courir des plaines marécageuses ou arides et j'a

toujours prédit avec assurance aux imprudents de fâcheuses atteintes qui plus d'une fois ont compromis leur santé et leur vie même trop souvent.

Les voyages dans le haut fleuve et même jusqu'à Dagana ou Podor dans le Sénégal et Sedhiou, ne sont pas sans présenter des dangers à certains moments de l'année ; sans faire courir de sérieuses chances de maladie aux Européens même au moment réputé le moins insalubre. Qu'on les fasse quand le service vous y appelle rien de mieux, qu'une fois encore on veuille courir la chance d'une maladie pour voir un spectacle qu'on ne connaît pas, je ne puis le blâmer.

Que le désir de récolter des objets d'histoire naturelle vous fasse commettre une imprudence, passe encore ; mais s'exposer souvent à ces chances mauvaises, c'est vouloir jouer avec le feu et on a la certitude qu'on perdra la partie à ce jeu téméraire.

Occupations d'intérieur.

Dans un pays où on est si terriblement exposé, soit à l'insolation soit à l'intoxication paludéenne, dès qu'on s'expose au soleil ou au grand air hors des habitations, il faut passer un temps relativement plus long qu'ailleurs dans les appartements et par conséquent il faut aux hommes, quel que soit leur rang hiérarchique, leur fonction, leur instruction, des occupations d'intérieur qui les préservent de l'ennui que double le désœuvrement.

C'est ici que nous pouvons rappeler la grande utilité que nous trouverions au nom de l'hygiène, à l'édification de ces vastes et confortables casernes où la place ne faisant pas défaut on aurait pu trouver un lieu commode pour tous, une salle de gymnastique couverte, une salle d'armes, des salles de jeux corporels pour les heures où il ne fait pas trop chaud et pour les hommes qui ont encore suffisamment de ressort pour pouvoir chercher dans ces distractions une passe-temps agréable aux heures que le service ne prend pas.

C'est dans un pareil établissement que des salles de conférences, des écoles de divers degrés, des salles de lecture et des blibliothèques où se trouveraient des livres sérieux ou gais ; intéressants parce qu'ils seraient par leur variété à la portée de toutes les catégories d'intelligence, présenteraient à l'esprit des hommes un aliment qui est plus nécessaire qu'on ne le pense en général.

Dans la situation présente, faut-il, parce que l'on manque de locaux favorables, de moyens suffisamment puissants, ne rien tenter dans cet ordre d'idées que je signale : les occupations intellectuelles? Non, et j'appelle de toutes mes forces l'attention de tous sur l'im-

mense utilité qu'il y aurait pour tous, du grand au petit, dans tout ce qui sera fait pour éclairer l'esprit, pour occuper l'intelligence des individus aux heures ou le désœuvrement fait paraître l'exil plus dur, l'absence plus longue, les souffrances plus insupportables.

Si chacun se pénétrait que l'activité humaine peut arriver à des résultats incroyables de prime abord par la persévérance dans les efforts et la volonté; si les hommes qui, comme les chefs de corps, les officiers militaires, les fonctionnaires de tous les rangs et de toutes les professions, sont l'élite d'une colonie, s'entendaient dans le but de combattre l'ennui par l'instruction; ils feraient un bien immense, tant à cette colonie qui serait mieux étudiée sous ses mille faces qu'aux hommes de la classe inférieure, soldats, marins et même indigènes qui seraient bientôt plus instruits et par conséquent améliorés. Sans compter que les maîtres eux-mêmes sortiraient de cette période d'efforts ayant appris quelque chose de plus, ayant mieux utilisé les richesses de leur intelligence et de leur instruction, sans compter aussi qu'ils auraient gagné sur l'ennui la plus grande et la plus agréable victoire qu'on puisse rêver.

Durée du séjour dans la colonie.

Nous nous sommes occupé déjà de cette question précédemment et nous avons vu que la limite de deux ans est très-convenable; assurément il y aurait un sérieux avantage, au point de vue de la santé des individus, à diminuer encore et à porter à un an le temps de séjour à la colonie, mais on ne peut se dissimuler que cette manière de faire serait plus onéreuse pour le trésor.

Je voudrais seulement, pour ma part, que l'on adoptât la coutume de considérer comme ayant fini son temps de séjour et qu'on renvoyât en Europe tout individu qui aurait fait un tour de corvée assez prolongé dans certains postes. Ainsi, par exemple, si tous ceux qui ont passé la saison sèche dans le haut fleuve, c'est-à-dire qui sont restés de décembre à juillet sans aucune communication avec le restant du monde, sous un ciel de feu et avec une nourriture rendue malsaine par l'action destructive du pays étaient renvoyés en Europe dès leur retour à Saint-Louis, on aurait deux bénéfices, car d'une part l'espoir d'un prochain retour au pays leur ferait supporter avec plus de courage la dure épreuve de Médine et Bakel; d'autre part, on ne garderait pas pendant de longs mois dans le bon pays, des hommes qui achèvent désormais leur temps de colonie dans les hôpitaux ou dans les infirmeries.

Devrait-on ne pas remplacer aussitôt ces hommes par de nouveaux apports de France, que la mesure de les rapatrier en des-

cendant du haut fleuve serait bonne encore, car la garnison réduite que l'on aurait ainsi serait assurément préférable à celle que l'on a actuellement et qui, le jour où il faut faire quelque chose, compte comme non-valeurs tous les hommes qui reviennent des postes.

Ce que je dis pour le haut fleuve étant en tout applicable aux rivières du Sud : Casamance et Rio-Nunez, etc., etc.; je voudrais qu'on appliquât la même mesure aux hommes qui constituent les garnisons de Sedhiou, Carabane, Boké, etc., etc.... Bien persuadé que, pour ceux-ci comme pour les autres, le rapatriement serait aussi utile aux individus qu'au trésor.

HYGIÈNE DES MALADES.

Cette partie de notre étude doit être traitée d'un mot ou comprendre une exposition de trois cents pages, car elle ne souffre pas de coupures, d'écourtements, lorsqu'on est entré une fois dans la discussion des faits. Ne pouvant y consacrer un temps suffisant, nous n'entreprendrons pas le travail. Et d'ailleurs, c'est peut-être le point qui peut le mieux être passé sous silence dans le cas où nous sommes placé ici, car les médecins qui auront à consulter ce livre possèdent sur la manière de soigner les malades, des notions précises puisées dans les hôpitaux de la marine de la Métropole, où les individus sont soignés avec attention et reçoivent tous les secours dont l'homme souffrant à tant besoin, secours qui doublent les effets de la thérapeutique et qui souvent font plus pour le retour à la santé et la conservation de la vie que les remèdes les plus héroïques.

Nous supposons que les malades dont nous nous occupons sont dans les hôpitaux centraux ou dans les infirmeries des postes. Ne parlons pas des malades soignés dans leur chambre où des mains mercenaires autant qu'inintelligentes, au Sénégal surtout, font semblant de donner des soins dévoués pour accroître un salaire toujours exagéré et faisons des vœux pour que, dans un pays où le bien-être est si précaire, où les maladies sont si graves, cette répulsion injustifiée de l'hôpital ne retienne pas loin ceux qui sont frappés par la sévérité du climat.

Dans les postes qui ont des relations fréquentes et faciles avec les hôpitaux centraux, les médecins en sous-ordre feront très-bien de ne pas garder certains malades. Ils devront évacuer au plus tôt vers ces hôpitaux, les individus atteints de dysentérie assez grave ou assez rebelle pour ne pas être guéris en quelques jours; ceux qui sont atteints d'hépatite d'une manière un peu sévère et ceux qui,

déjà profondément impaludés, marchent vers les accès bilieux mélanuriques.

Dans les postes qui restent isolés pendant plus ou moins longtemps chaque mois, il faudra redoubler de soin pour ces malades et la première occasion sera celle qui sera saisie avec empressement. Que des considérations étrangères à l'état de santé ne viennent pas arrêter dans aucun cas cette évacuation, que le jeune médecin insiste auprès de l'autorité, qu'il se réclame, le cas échéant, de l'opinion de ceux qui ont passé nombre d'années en Sénégambie, qui ont vu nombre d'imprudences entraîner une mort qui aurait pu être prévenue pour faire rentrer au chef-lieu le plus vite possible les malades précités.

Tout individu menacé sévèrement par la dysentérie, l'hépatite ou les accès bilieux est un serviteur qui peut être hors de service d'un moment à l'autre et, par conséquent, il ne faut pas se baser sur ce qu'il occupe telle ou telle fonction indispensable, sur ce qu'il ne peut être remplacé pour l'envoyer dans les hôpitaux centraux. Que mes jeunes successeurs méditent cette affirmation catégorique que je viens d'émettre et ils éviteront bien des accidents, bien des ennuis, ils feront diminuer la mortalité des postes dans une grande proportion.

Quant aux malades qui sont dans les hôpitaux de Saint-Louis et de Gorée, je n'ai rien à dire sur leur compte, je suis sûr que mes successeurs, par cela même qu'ils auront déjà l'habitude des maladies de la Sénégambie, seront toujours disposés à les renvoyer en Europe d'assez bonne heure pour qu'ils puissent guérir.

HYGIÈNE DES CONVALESCENTS.

Thévenot, dont nous avons si souvent parlé dans le cours de cet ouvrage, parce que c'est, à notre avis, un de ceux qui ont le mieux compris les allures de la pathologie au Sénégal; Thévenot, dont la médecine navale peut s'enorgueillir à bien des titres, commence le chapître de son livre qui traite de l'hygiène des convalescents par la citation suivante : « Il n'y a, dit M. Roche (*Nouv. élém. de Pathol. chir.*, 3e édit., 1833, t. V, p. 661), qu'un moyen vraiment préservatif des maladies par infection du sang : il consiste à s'éloigner des lieux où elles se développent, ou en d'autres termes, à se soustraire à l'agent qui les provoque ; la plupart des précautions hygiéniques commandées en pareil cas sont impuissantes pour en mettre à l'abri. »

Cette phrase réunit à elle seule, on peut dire, toute l'hygiène des

convalescents au Sénégal, mais néanmoins, nous y ajouterons les réflexions si judicieuses que notre éminent prédécesseur faisait à la suite de la citation que je viens de rapporter.

« Si cette réflexion est vraie, disait Thévenot (*loc. cit.*, p. 366), pour les maladies primitives, elle l'est encore plus pour celles qui en sont le résultat. Les maladies secondaires ou les rechutes sont d'autant plus faciles et plus tenaces que les organismes sont épuisés. Les chances de guérison deviennent donc de plus en plus incertaines, les chances de mort d'autant plus nombreuses. Les Européens le savent bien, et cependant ils s'obstinent souvent à lutter contre le climat. Chacun se croit une exception, et chacun va bientôt confirmer la règle en se rangeant volontairement dans la classe de ceux qui succombent au climat. Dans nos régions tempérées, la fièvre des marais abrége ainsi l'existence des malheureux qui ne peuvent la fuir. Des rechutes nombreuses minent sourdement leurs organes énervés ; ils meurent dans une lente asphyxie, sans même se douter des causes de leur mort. Dans les pays tempérés, la fuite seule peut faire éviter les rechutes, et cependant celles-ci doivent être moins graves et moins fréquentes, si elles sont en rapport avec l'intensité de leurs causes, fuyez donc, dirai-je toujours à l'Européen qui transige avec lui-même. Les médications les plus spécifiques ne pourront bientôt plus rien. La quinine arrêtera la fièvre ; elle ne l'empêchera pas de reparaître, parce que la quinine ne va pas neutraliser les miasmes des marais. Bien plus, il arrivera un temps où ses vertus propices se changeront en poison. Les organes irrités par son action se révolteront contre elle, et des phlegmasies lentes enlèveront les derniers qui auront résisté. Une loi fatale enchaîne les affections qui semblent les plus dissemblables. La fièvre, dans les pays de marais et surtout au Sénégal, appelle invinciblement la diarrhée ou la colique sèche : l'une ou l'autre, liée intimement à l'hépatite, est un avant-coureur de la mort.

« Les Européens libres, atteints précédemment par la fièvre, doivent donc redoubler de précautions pendant leur convalescence. Le mieux pour eux est d'émigrer vers Gorée où ils auront plus de chances d'un bon rétablissement. Le changement d'air fera plus pour eux que les frébrifuges, qu'ils devront cependant continuer.

« Ceux qui rechutent sont dans une obligation d'autant plus pressante de partir, que les rechutes sont plus nombreuses. Vainement se fieront-ils sur le changement de saisons. Les vents d'est pourront les délivrer peut-être des fièvres de l'hivernage ; mais l'extrême variation de température, propre à la nouvelle saison, sera pour

eux une cause de nouvelles maladies : la dysentérie sera d'autant plus facile chez les individus épuisés.

« A plus forte raison, quand cette dernière est venue seule ou avec la fièvre; alors il n'est par d'hygiène, pas de médecine qui sauve de la mort. Supposé que l'on puisse éviter les excès de la température, on ne pourra se soustraire à l'influence du régime. On le pourra d'autant moins, que le climat est plus contraire à la bonne élaboration des sucs assimilables. Le seul parti à prendre est donc l'émigration. Seul, il supplée à tous les autres moyens; il doit être pris dans les cas mêmes où le malade, écrasé par des affections complexes, semble voué à une mort assurée. Combien sont partis sur un lit qu'ils ne pouvaient quitter, qui ont trouvé au large une guérison inespérée! Les fièvres chroniques, la dysentérie aiguë même et surtout chronique, ne sont donc curables qu'en dehors du rayon qui les a produites. C'est parce qu'ils le savent, que la plupart des Européens bravent impunément les dysentéries; c'est parce qu'ils ne veulent pas s'y conformer que plusieurs y succombent.

« Au Sénégal, on a proposé comme lieux de convalescence Dagana, le bas du fleuve, Gorée et la France.

« Dagana et le bas du fleuve ont en effet produit du bien chez quelques individus atteints de fièvres, mais on conçoit qu'un séjour sur ces points n'est possible que dans les cas où les marais voisins sont tout à fait desséchés. Or, beaucoup de malades n'attendraient pas impunément cette époque tardive, la fin de février jusqu'en mai. D'ailleurs, si l'air est là plus sec et plus pur qu'à Saint-Louis; d'autres ressources d'hygiène sont bien plus rares. Ce moyen n'est donc proposable que dans un petit nombre de cas, exclusifs d'ailleurs de toute dysentérie.

« Gorée convient mieux par lui-même et par le petit voyage sur mer qu'il nécessite; mais on doit abandonner ce point même, si les fièvres résistent après un certain séjour, et surtout si la dysentérie qu'on fuyait ne cesse pas très-rapidement. Les dysentériques et même les convalescents de dysentérie feront toujours bien mieux de partir pour l'Europe.

« C'est à cause de leur prompt départ, que les marins du commerce ont une mortalité peu élevée : c'est à cause de leur mouillage en rade et de leurs voyages à la mer que les marins de l'État sont encore plus favorisés. Ainsi, les diverses classes d'Européens sont d'autant plus maltraitées qu'elles sont plus longtemps soumises à l'action des causes de maladie : les soldats plus que les commerçants

sédentaires; ceux-ci plus que les marins, et parmi ceux-ci, les équipages marchands plus que les militaires. »

Thévenot a aussi rappelé (*loc. cit.*, p. 375), que Lind avait jadis fait une excellente proposition au point de vue de l'hygiène et voici d'ailleurs ce qu'il dit, qu'on me permette encore de le citer textuellement, car son opinion perdrait à être écourtée :

« Lind a, dans son excellent ouvrage (*Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds*, Paris, 1785, 2 vol. in-12), proposé d'établir à l'embouchure du Sénégal, un navire destiné à recevoir les convalescents de Saint-Louis et même les hommes valides. Considérée seulement sous ce premier point de vue, cette mesure aurait les meilleurs résultats. L'expérience a mille fois prouvé que les maladies sont bien moins nombreuses à la mer ou au mouillage que dans l'intérieur des terres. Un air plus tempéré et plus pur, un meilleur régime, moins d'excès et moins de fatigues, donnent raison de cette particularité. Aussi, les équipages de nos stations perdent-ils peu de malades, tandis que les soldats périssent en grand nombre. Il faudrait donc que, pendant l'hivernage, les militaires fussent placés, en dehors de la barre, dans un grand navire disposé à cet effet. Le service de la colonie serait fait alors par les noirs, qui tombent peu malades pendant cette saison. Les 160 hommes environ qui composent la garnison de Saint-Louis courraient moins de danger et feraient moins d'encombrement à bord d'un navire de 800 tonneaux, disposé pour leur usage, qu'ils n'en font dans les casernes et dans les hôpitaux. N'envoie-t-on pas tous les jours un nombre double de militaires, de France au Sénégal et à Cayenne, sur des navires plus mal emménagés? On y voit cependant peu de malades, il y en aurait moins encore avec un effectif plus faible, en ayant soin d'occuper les hommes, de les nourrir convenablement, soit avec les vivres du bord, soit avec ceux apportés par les nègres du continent ou des îles voisines. De petits voyages à la mer auraient l'avantage de soustraire les hommes à l'ennui, à l'influence de la côte, et de leur procurer des rafraîchissements. On objectera peut-être l'économie, les tornados, le service. L'économie ne souffre-t-elle pas des nombreuses entrées à l'hôpital, des rechutes et des envois en France? Les tornados empêchent-ils les navires du commerce de naviguer sur la côte? et ne portent-ils pas au large? Le service ordinaire ne peut-il pas être fait par les noirs, puisque, dans tous les hivernages, ils le font presque seuls, la plupart des Européens se trouvant alors malades ou convalescents.

« Ainsi, cette mesure de faire hiverner les soldats à la mer ou sur un point salubre de la côte, tel que Gorée comparativement, aurait

pour résultat une diminution sensible dans le nombre des malades, par conséquent dans celui des décès. L'humanité et le bien du service y gagneraient également.

« Dans le second rapport, un navire mouillé à la barre, même en dedans du fleuve, aurait plusieurs avantages. A force de réclamations, j'ai obtenu qu'on utiliserait pour les convalescents le nouveau *Stationnaire* » du Sénégal. Ce bâtiment, ancien bateau à vapeur, offre un local spacieux, mais qui, à mon départ, n'avait encore aucune installation. Emménagé comme je l'ai demandé, il pourra contenir une vingtaine de lits pour des convalescents, soit qu'ils doivent y attendre le rétablissement de leur santé, soit qu'ils y restent seulement jusqu'à leur évacuation définitive sur un autre point. Des lits suffisamment garnis, une provision d'eau douce, des vivres frais renouvelés par les chaloupes du port, un cuisinier, un ou deux infirmiers, un médecin, voilà ce qu'on pourrait facilement se procurer sur les lieux. Ainsi, nous ne verrons pas ces malheureux revenir à l'hôpital plus qu'à leur départ, et l'on ne jugera plus que les évacuations sont inutiles dès qu'on aura pris les précautions convenables. Je mets en fait que la mortalité diminuerait de plus de moitié au Sénégal, si à la fin de l'hivernage, avant l'époque des dysentéries, on enlevait de Saint-Louis tous les hommes qui ont été malades. Rien ne serait plus facile avec le bateau à vapeur de la colonie, qui, pendant neuf mois, reste inactif à son mouillage. Les hommes meurent peu dans l'hivernage, ils meurent peu de maladies primitives; en prévenant les rechutes, on diminuera donc la mortalité. »

Il est incontestable que si on n'était pas retenu par une impérieuse nécessité d'économie, l'idée de ce stationnaire, émise par Thévenot, serait extrêmement heureuse, et, dans tous les cas, elle serait désirable pour le bien de ceux qui sont malades ou convalescents. Sans compter que, dans un endroit où la barre est si souvent impraticable, il serait peut-être fort utile pour tous les services de la colonie d'avoir un lieu de dépôt, où les navires qui viennent du large pourraient déposer les approvisionnements, les hommes qu'ils apportent, ou prendre au départ, sans être retardés par l'état de la barre, les hommes et les choses qu'ils doivent emporter.

Je ne puis entrer ici dans de plus longs détails à ce sujet; mais, une fois la question posée, les raisons se pressent dans l'esprit pour montrer la grande utilité de la création. Dans tous les cas, il aura suffi de rappeler l'idée pour qu'elle soit mise à l'étude et entrer en pratique, si elle le mérite, le jour ou elle tombera sous les yeux d'un

chef militaire désireux de faire le mieux possible pour le bien de la colonie et des hommes de la garnison.

RENVOI DES CONVALESCENTS EN EUROPE.

Thévenot écrivait en 1840 : beaucoup d'hommes ont à l'hôpital des rechutes mortelles, qui pourraient être conservés à l'État et à leur famille, si on pouvait les soustraire à temps à l'influence du climat. Cette pensée est restée absolument vraie jusqu'à ce jour, et ne variera problement pas dans l'avenir, car elle est foncièrement juste. Il ne faut pas l'oublier, l'Européen transplanté au Sénégal résiste plus ou moins longtemps à l'influence du climat, mais quand il a été terrassé une fois par la maladie, il ne se relève plus. On le fera peut être végéter misérablement jusqu'à la mort par un excès de soins, ne parvenant qu'à prolonger son agonie, tandis que, lorsqu'il ne rentre pas en Europe trop affaibli, il récupère dans un temps très-court sa santé.

Thévenot demandait qu'un navire de l'État vînt au Sénégal à la fin de la saison fraîche et à la fin de la saison chaude pour rapatrier les convalescents, en même temps qu'il apporterait les hommes et les provisions nécessaires à la colonie. J'ai été, pour ma part, entièrement de cet avis, tant que les conditions n'ont pas été modifiées comme elles le sont aujourd'hui, trouvant cependant qu'un seul transport de la fin de l'hivernage eût été tout à fait insuffisant. Bien des hommes, que l'on a espéré voir se relever en novembre, ont traîné jusqu'en mai une existence précaire et seront la proie assurée des premières rigueurs de l'hivernage, si on hésite à les renvoyer au début des chaleurs.

Par conséquent, je trouvais qu'il fallait au moins deux navires transports, mais je ne pouvais que déplorer l'idée qui avait présidé à l'itinéraire de ce bâtiment; en effet, obliger les malheureux convalescents, partis du Sénégal, à bout de forces, à traverser l'Océan pour faire escale à Cayenne, la Martinique et la Guadeloupe, c'est-à-dire de ne quitter la zone torride que quatre-vingts jours environ après leur départ de Gorée, était une mesure extrêmement malheureuse et qui avait trop souvent pour effet de faire mourir en route de pauvres diables qui auraient parfaitement pu se relever et récupérer la santé par un prompt rapatriement.

L'existence d'une ligne de paquebots qui, allant du Brésil à Bordeaux, touche quatre fois par mois à Dakar, c'est-à-dire, permettait le rapatriement des convalescents tous les quinze jours, devait finir par éveiller l'attention de l'administration, et c'est ce qui est heureusement arrivé en mai 1876. Un marché passé avec la

compagnie des Messageries a ainsi ouvert une large porte aux rapatriements par la voie rapide.

Nous ne saurions trop applaudir à une pareille combinaison, l'hygiène s'en déclare satisfaite au plus haut point, car ce sera le moyen de sauver bien des existences chères à leur famille, utiles à la patrie.

Mais tout d'abord j'insisterai sur ce point, il est indispensable que cette si bonne mesure ne soit pas illusoire ; et pour cela, il est urgent que l'État tienne la main à ce que quelques installations soient faites à bord des paquebots; à ce que sur ces navires on emploie des médecins de la marine, c'est-à-dire, des hommes aguerris à la navigation, au traitement des maladies tropicales et sachant parfaitement le point où il faut, par prudence, s'arrêter dans l'acceptation ou le refus des malheureux valétudinaires que la colonie veut renvoyer en France, car si les paquebots continuaient à ne prendre, comme par le passé, que les hommes valides, la combinaison actuelle aurait un fâcheux résultat. En effet, quand on a passé quelque temps à Gorée, on a bientôt constaté le nombre de morts que leurs refus entraînent et par conséquent on peut assurer que la mortalité s'accroîtrait en raison directe de ces refus.

Un convalescent très-affaibli est soutenu par l'idée de rentrer en Europe; il fait des efforts surhumains pour aider la thérapeutique. Il arrive le long du bord du paquebot soutenu jusqu'à ce jour tant désiré par l'espoir de revoir son pays. Là, le médecin du bord, obligé à une grande sévérité par les instructions de la compagnie, déclare qu'il est trop malade pour être reçu parmi les passagers, et le malheureux revient à Gorée morne, silencieux, il se recouche dans le lit qu'il avait quitté quelques heures avant, plein de joie et d'espérance; on peut, dès ce moment, préparer son cercueil, car, avant que le paquebot ne soit arrivé dans les eaux d'Europe, le malheureux découragé a succombé, plus au désespoir et à la nostalgie peut-être qu'à la maladie primitive !

Il faut avoir assisté à ces tristes événements pour bien comprendre toute l'horreur de la situation pour les malheureux que la décision du médecin du paquebot frappe au cœur, comme un arrêt de mort, quand elle leur est défavorable. Aussi faisons-nous des vœux pour que la meilleure combinaison d'installation et de service médical soit organisée sur ces grands paquebots transatlantiques, de manière à ce que les individus atteints de maladies contagieuses seuls soient refusés à Dakar.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE EN RENTRANT EN EUROPE.

Dans ce livre où nous avons voulu réunir, au moins d'une manière sommaire, tous les renseignements et toutes les indications que les jeunes médecins appelés à servir au Sénégal ont besoin de posséder, nous avons dû non-seulement parler du choix des individus que l'on doit envoyer au Sénégal, du moment de leur envoi et des précautions qu'ils doivent prendre à leur arrivée pendant leur séjour pour se porter le moins mal possible. Mais encore nous considérons que notre tâche ne sera finie que lorsque nous aurons conduit pour ainsi dire l'intéressé tout à fait jusqu'au port du débarquement, lorsque nous aurons fait, qu'on nous passe le mot, la campagne entière avec lui.

Or nous sommes arrivés au moment si ardemment désiré pendant longtemps; la corvée est finie, la dette du service est payée. Nous voilà enfin au moment du retour au pays. Le cœur déborde de joie, l'espérance donne des forces dont on ne soupçonnait plus l'existence dans un corps si profondément déprimé par les influences morbides ou autres du pays; l'esprit lui-même, qui se croyait devenu indifférent à toutes choses, se trouve tout à coup électrisé.

L'heure du retour sonne, nous allons revoir notre France adorée, cette patrie si chère dont les joies et les douleurs retentissent si vivement dans le cœur de tous: soldats, marins et fonctionnaires des colonies!

Ah! il faut avoir fait une campagne lointaine, il faut avoir passé de longs mois dans les pays de la zone torride et particulièrement dans notre colonie du Sénégal, où la vie a été une longue souffrance, pour sentir tout ce que l'idée du retour fait naître dans l'esprit, fait battre dans le cœur! Ceux qui ont passé leur vie entière sans quitter le toit paternel, le clocher qui les a vus naître, ont été certainement plus favorisés que nous, mais ils n'ont assurément pas éprouvé dans le cours de leur existence de joie plus vive, d'émotion plus délicieuse que celle que nous avons ressentie par trois fois déjà et toujours aussi vivement au moment où nous apprenions que l'heure du retour avait sonné; le jour où la Vigie arrivant près des côtes de France, criait: terre! en nous montrant à l'horizon une ligne bleuâtre qui tranchait à peine sur l'azur du ciel et le bleu de la mer!

Il y a à Paris, sur les boulevards et dans la rue de Rivoli, des marchands d'estampes à la devanture desquels on voit souvent des lithographies, des épreuves photographiques, des tableaux représentant les sujets les plus variés; tristes, gais, plaisants, grandioses

ou vulgaires. Bien souvent il m'est arrivé, en passant sous ces arcades d'un pas pressé, car le médecin de la marine n'a, en général, pas grand temps à perdre pendant son séjour dans la capitale, où tant de séductions scientifiques s'arrachent ses moments, il m'est arrivé, dis-je, de jeter un coup d'œil distrait sur ces devantures de magasins.

Ma curiosité était habituellement satisfaite d'un seul regard donné sans ralentir le pas, quand un jour ma vue fut frappée par une lithographie fort belle, ma foi, et il suffit d'en signaler le sujet pour le rappeler à la mémoire de tous ceux de notre génération qui ont passé quelques semaines à Paris : C'est le pont d'un navire couvert de soldats qui reviennent d'une expédition lointaine, la Vigie a crié : terre! et un frémissement passe dans tous les cœurs! Ici c'est un jeune officier décoré depuis son départ de France qui sent son cœur battre à briser sa poitrine en découvrant à l'horizon les premiers linéaments de la terre du pays. Là, c'est un blessé qui oublie sa mutilation pour ne songer qu'au retour ; plus loin, c'est un malade qui ne calcule pas avec sa faiblesse dans son empressement à savourer de la vue la patrie qu'il croyait, il y a un instant encore, ne plus revoir. Mille émotions d'ordres divers, mais toutes vives et saisissantes, se heurtent dans l'esprit de chacun à ce moment.

Eh bien! Je m'arrêtai net, profondément ému moi-même, aussi ému que ceux que je voyais représentés par l'artiste dans ce tableau, et, je l'avoue, je n'avais jamais été aussi vivement impressionné par les scènes grandioses, terribles ou délicieuses que j'avais vues jusque-là représentées par le dessin. C'est qu'en effet, rien n'est vrai comme les sentiments rendus par celui qui a eu cette conception de la joie du retour dans la patrie. A coup sûr, le peintre a, non-seulement un grand talent, mais, aussi, et surtout c'est un homme de cœur, un patriote qui, comme les militaires et les marins qui vont au loin soutenir l'honneur du drapeau, possède l'amour du pays poussé jusqu'à la passion.

Je demande pardon au lecteur, qui n'a jamais quitté son pays natal, de la digression que l'idée du retour en France vient de faire naître sous ma plume, mais tous mes camarades ne me la reprocheront pas comme une longueur inutile, car je suis sûr que je viens de toucher ainsi une fibre intime du plus profond de leur cœur.

Pour ne rien oublier, en parlant des précautions à prendre au moment du retour en Europe, nous devons partager notre exposition en deux parties :

1° Celle qui a trait aux individus valides ;

2° Celle qui regarde les sujets atteints déjà plus ou moins profondément par la maladie.

Voyons successivement ce qui regarde ces deux catégories d'individus partant du Sénégal.

Individus valides.

Il est incontestable que, lorsque les individus sont assez bien portants pour pouvoir attendre, il vaut mieux les faire rentrer en Europe du 15 mai au 15 juillet, s'ils doivent habiter le nord de la France ; du 15 avril au 15 août, s'ils doivent séjourner dans un des pays du Midi. La chose tombe si bien sous le sens d'elle-même que nous n'avons pas longuement à la discuter, il suffit de l'énoncer pour la faire accepter.

Ici, nous devons parler d'une opinion assez généralement admise dans les pays chauds et qui tendrait, si on l'acceptait, à faire changer la date que nous venons de fixer pour la rentrée en Europe ; en effet, on prétend dans les colonies que les créoles et les individus acclimatés aux chaleurs tropicales par un séjour assez prolongé ont une sorte de résistance au froid qui fait qu'ils supportent mieux que les autres les froids de l'hiver dans les pays de la métropole. Ce n'est, dit-on, qu'après un an passé en France que le créole souffre réellement du froid et devient frileux ; en d'autres termes, le premier hiver serait plus facile à passer que le second, quand on retourne dans la zone tempérée.

On cite de nombreux exemples, à ce propos, à ceux qui veulent se faire une opinion en questionnant les uns et les autres, mais je me demande si ces exemples sont aussi probants qu'on le croirait de prime abord. En effet, il faut tenir compte de tant de conditions pour l'appréciation complète de toutes les parties de ce programme, qu'il n'est vraiment pas facile d'arriver à une solution.

Et d'abord, il est incontestable que, souvent, dans notre beau pays de France, l'hiver est assez doux pour ne pas fatiguer des créoles ou des individus acclimatés dans les pays chauds, qui viennent de retourner dans la mère-patrie. C'est beaucoup, je crois, parce que les hivers sont fréquents sur le littoral, et particulièrement dans nos ports de mer, que l'on est arrivé à formuler cette opinion de la plus facile résistance pendant le premier hiver.

D'autre part, il est à remarquer que ceux qui font la notoriété en ceci sont les personnes d'un certain rang dans la vie civile ou militaire, c'est-à-dire des individus ayant assez d'aisance pour se procurer un surcroît de vêtements chauds, une alimentation plus riche,

de sorte qu'ils passent en somme très-bien tous les hivers, et celui qui suit immédiatement leur rentrée en France étant le moment où ils se soignent d'une manière plus attentionnée que de coutume par un restant d'habitude des pays chauds, il s'ensuit qu'il leur semble qu'ils ont à cette époque mieux résisté que jamais au froid.

Cette théorie de la résistance plus grande au froid (dans les premiers temps du retour en Europe me trouve donc assez incrédule d'une manière générale et je suis d'avis que les intéressés ne devront pas y compter d'une manière trop absolue. Qu'ils passent leur premier hiver dans le Midi, s'ils ont le choix, entre cette contrée et le Nord de notre patrie, et même qu'ils arrivent en France au commencement ou au milieu de l'été afin que la transition du climat soit aussi peu accentuée que possible, et je crois que d'une manière générale ils s'en trouveront bien.

Que, dans quelques circonstances et chez certains individus dans la force de l'âge et d'une excellente constitution, une transition brusque n'ait aucun inconvénient et présente des avantages incontestables, je le veux bien, l'esprit aime assez les oppositions, et il est porté à penser que celui qui a passé des années dans un pays plat au niveau de la mer, sous une latitude voisine de l'équateur, se trouvera bien d'aller respirer à pleins poumons l'air raréfié des montagnes dans les pays septentrionaux. Mais, si pareilles réactions se passent sans encombre chez des organismes vigoureux et privilégiés, il est bien à craindre que ceux qui sont débiles et peu énergiques n'éprouvent bien des fâcheux accidents par l'application de ces principes plus séduisants en théorie que réellement utiles dans la pratique.

Donc nous pensons, en fin de compte, qu'ils faut rentrer en Europe, quand on est maître d'en choisir le moment, dans les premiers mois de l'été; et je suis d'avis que, dès le lendemain du départ du Sénégal, pour ainsi dire, surtout si le retour se fait sur les grands paquebots transatlantiques, il faut songer à ne pas se refroidir. En effet, on arrive jusqu'au parallèle des Canaries, de Madère, sans ressentir une fraîcheur bien pénible, mais pour peu que l'on rencontre dans les environs du détroit de Gibraltar des brises du nord, il est utile d'augmenter le nombre des vêtements, d'abord à certains moments, puis d'une manière permanente, et enfin, il est nécessaire de se couvrir avec des tissus relativement assez chauds.

Même au cas où il aurait joui de la plénitude de la santé pendant son séjour au Sénégal ; même alors qu'il aurait un appareil respiratoire en parfait état d'intégrité anatomique et de fonctionnement, l'Européen qui rentre en Europe doit songer qu'il est toujours rela-

ivement anémié, et que celui dont le sang n'est pas très-riche est plus spécialement disposé que tout autre à s'enrhumer et aussi à avoir des reliquats de ces rhumes, donc il est indispensable de se précautionner de ce côté ; et si je dis cela pour ceux dont les poumons sont en bon état, que pense-t-on que je dirai pour ceux qui les ont fatigués ou malades ?

Non-seulement il faut avoir bien soin de ne pas s'enrhumer, mais encore il est grandement utile de surveiller les fonctions de la peau, ainsi il est vulgaire, on le sait, de dire que dans les régions tropicales la peau fonctionne activement, est plus lâche et plus impressionnable; par conséquent, surveillons de très-près la fonction cutanée en rentrant dans les pays froids.

Ceux qui ont passé à diverses reprises d'un pays tempéré dans un pays chaud, et *vice versa*, ont constaté chez eux un phénomène qui prouve l'exactitude de ce que je viens de dire ; ils ont vu alors que, dans la zone torride, la nuit entière se passait sans qu'ils eussent besoin d'uriner; ils étaient obligés de se lever une, deux, trois fois pendant la nuit pour satisfaire aux besoins de la miction dès qu'ils remontaient dans le Nord.

Tous les marins qui sont allés en Cochinchine, à la Guyane et même au Sénégal, ont entendu parler de ces faits extraordinaires d'individus qui avaient accompli leur temps de service colonial sans grande fatigue, quelquefois même sans aucun inconvénient, et qui ont été pris en rentrant en Europe d'accidents de diarrhée chronique qui les ont menés plus ou moins bas, au tombeau même. Eh bien ! je suis convaincu, pour ma part, que ces faits sont en rapport avec les brusques transitions mal ménagées dans les fonctions de la peau et que c'est parce que les liquides qui s'écoulaient par l'enveloppe cutanée ont été refoulés tout à coup et d'une manière intempestive que l'intestin s'est mis à sécréter anormalement d'abord, puis a présenté ces lésions de fonction et ces altérations anatomiques.

Je ne puis dans le moment présent faire autre chose que d'indiquer le point de pathogénie et d'hygiène, mais c'est tout un horizon que je montre, on le voit, et par conséquent toute une série d'indications et de mesures de précautions qui naissent dans l'esprit des médecins de la marine qui lisent ce passage de mon travail. Il est inutile d'insister bien longuement là-dessus, par conséquent.

En nous occupant de la rentrée en Europe des malades, nous devons partager notre exposition en diverses portions :

A. Considérations générales applicables à tous les valétudinaires ;

B. Considérations spéciales à chaque genre de malades, anémi-

ques, impaludés, dysentériques, malades de la poitrine, pour tâcher de parler de tous les cas qui peuvent se présenter.

Mais n'oublions pas de le rappeler tout d'abord, ce travail ne peut avoir la prétention de traiter la question d'une manière générale et avec tous les détails qui constituent l'enseignement classique de l'hygiène. Nous n'avons, à proprement parler, que la prétention de remettre en mémoire au lecteur les grandes prescriptions de l'hygiène qu'il a étudiées précédemment, en insistant plus particulièrement sur l'application spéciale de ces lois au cas actuel, le retour dans le pays, de l'Européen qui a passé un certain temps au Sénégal.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES APPLICABLES A TOUS LES VALÉTUDINAIRES.

Si on a lu avec quelque attention les diverses parties de ce long travail sur les maladies des Européens au Sénégal, on a été certainement frappé de la fréquence avec laquelle nous avons répété, en parlant de toutes les affections ou à peu près, qu'il n'y a, lorsque les sujets sont arrivés à un certain point, qu'un seul moyen de les guérir : c'est de les renvoyer en Europe, et encore ce moyen ne manque-t-il pas d'être aléatoire bien souvent; que de malheureux n'a-t-on pas jetés à la mer dans la traversée du retour? Combien de pauvres Sénégalais sont venus expirer dans la mère-patrie sous le coup d'atteintes morbides contractées dans la zone torride, et sans que le retour au pays ait pu avoir une réelle efficacité, parce qu'il s'était effectué trop tardivement?

Il faut admettre en principe cette loi qui souffre bien peu d'exceptions : c'est qu'au Sénégal l'Européen résiste plus ou moins bien quelquefois à l'action meurtrière du climat, tant qu'il n'y a pas une lésion organique ou une intoxication bien positive, et dans ces conditions il peut avoir l'espoir de vivre en Sénégambie plus ou moins longtemps sans courir des dangers bien grands. Mais dès qu'il est intoxiqué ou qu'il y a une lésion anatomique un peu accentuée, il faut qu'il rentre au plus vite dans les pays tempérés s'il ne veut pas mourir très-prématurément. On résiste tant qu'on reste debout, mais quand on est tombé on ne se relève plus, dit-on vulgairement dans le pays, et pour ma part j'ai constaté mille fois pour une la véracité de cet adage.

Cette opinion, que l'homme qui a été sérieusement malade ne guérit pas au Sénégal, étant admise en principe, il en découle la nécessité de la rapatriation, et, ainsi que je l'ai fait ressortir en maints endroits précédemment, il faut que cette rapatriation soit

hâtée, si on ne veut pas s'exposer à des mécomptes. Si je conseille, après tant d'autres, de ramener hâtivement les Européens valétudinaires en Europe, c'est que, comme eux, je suis pénétré de l'extrême importance de cette indication si heureusement formulée par Dutroulau : Qu'il faut, avant d'embarquer le convalescent sur le bâtiment de retour, avoir égard au degré de force qui reste aux malades autant qu'aux désordres pathologiques de leurs organes. N'oublions pas, en effet, qu'il y a certains moments critiques qu'aura à subir le malheureux, et il faut qu'il ait encore une certaine vigueur organique pour y résister.

Il faut donc rapatrier hâtivement les convalescents et les malades, et il est logique de penser que plus tôt on se décide à les renvoyer, moins il y a de difficulté à les ramener à bon port.

Avons-nous besoin d'entrer dans de longs détails au sujet de ces questions si souvent agitées, du moment de l'année où le retour est plus efficace, moins dangereux, etc., etc. Il est bien difficile, on comprend, d'établir des règles immuables sous ce rapport, et ce que nous avons dit à maintes reprises a suffisamment fixé les idées pour que nous n'ayons pas besoin d'insister plus longuement ici. Les éléments du problème sont ceux-ci : Le sujet court-il des dangers en restant en Sénégambie plus longtemps et dans quelle limite le *statu quo* est-il menaçant? Voilà le premier point à débattre. Dans quelle partie de la France va-t-il arriver, et séjournera-t-il jusqu'à la belle saison? Voilà un autre point aussi capital que le premier.

Lorsqu'il s'agit de civils, on comprend que la question du bien-être relatif entre comme un troisième facteur très-important; mais pour les militaires cette raison n'existe pas heureusement, et la question se réduit à la rigueur à ceci : Le sujet a-t-il moins à craindre dans un hôpital de la colonie ou dans un hôpital militaire, soit de Bordeaux, soit de Toulon? Or, réduite à ces termes, la situation doit, à mon avis, être très-facilement résolue, et pour ma part, considérant la clémence du ciel de la Gironde et de la Provence, j'ai toujours été porté à ne pas attermoyer le rapatriement, lorsque les individus m'ont paru avoir assez de résistance pour supporter la traversée de retour.

La joie de rentrer en Europe, l'espoir que le climat du pays va ramener la guérison peut faire des prodiges, et alors pourquoi ne pas se décider facilement? Ici, comme toujours, le proverbe latin « *audaces fortuna juvat* » a reçu plus d'une fois de très-vraies confirmations.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES APPLICABLES AUX IMPALUDÉS.

La grande majorité des Européens qui reviennent du Sénégal est impaludée. Cette proposition est surabondamment prouvée par tout ce que nous avons dit jusqu'ici, par tout ce que les livres de rapports, mémoires, monographies ont proclamé bien avant nous, enfin par la notoriété publique depuis plusieurs siècles, nous n'avons donc pas à insister plus longuement sur sa réalité, nous l'admettons sans conteste.

Or, lorsque les individus sont impaludés, ils doivent se tenir en garde contre la possibilité de certains accidents, et, en effet, on se souvient de cette loi que nous avons signalée précédemment, loi qui n'est pas absolue, mais dont nos prédécesseurs et nous-même, après cent autres, avons vu souvent la manifestation ; loi qui peut se formuler ainsi : tout individu impaludé qui passe au Sénégal d'un endroit malsain dans un endroit relativement moins malsain est exposé à éprouver des accès de fièvre plus forts et plus fréquents que ceux qu'il avait eus jusque-là.

Nous nous sommes arrêté suffisamment peut-être sur cette particularité précédemment, mais le sujet est assez important pour que nous y revenions encore ici, et nous dirons en quelques mots que très-probablement c'est la différence de température qui agit ici pour provoquer un *raptus* ou bien une manifestation plus intense de la fièvre paludéenne ordinaire ; la chose est d'autant plus probable que le sujet impaludé est devenu, on le sait, un être impressionnable chez lequel tout provoque une recrudescence de fièvre. Chez celui-ci, c'est l'ingestion d'un aliment plus difficile à digérer ou plus copieux que de coutume ; chez celui-là, c'est une joie, une crainte, une colère, une tristesse; chez un autre, c'est une fatigue, une exposition au soleil. On comprend donc que c'est le même mécanisme qui provoque l'accident quand on passe de l'intérieur des terres où il fait très-chaud sur le littoral où il fait relativemunt plus frais, ou bien lorsqu'on part de la Sénégambie à n'importe quel moment de l'année pour remonter dans le Nord.

Je n'ai pas à rappeler ces faits restés légendaires de gens, et entre autres, celui d'un amiral anglais cité dans la thèse de mon excellent ami Doué, médecin de 1re classe, amiral qui était impaludé, mais d'une manière paraissant assez légère pour ne préoccuper personne, et qui, en rentrant en Europe, est pris par le travers des Canaries d'un accès pernicieux mortel. Nombre de cas semblables ou analogues ont été rapportés et sont acceptés sans discussion jusqu'ici.

Ces faits étant acceptés et l'explication du refroidissement comme cause déterminante paraissant plausible, on voit qu'il en ressort aussitôt deux indications bien précises : 1° Les impaludés feront très-bien de ne pas s'exposer au refroidissement qui peut leur être si terriblement nuisible par une recrudescence de la fièvre paludéenne, sans compter les autres accidents qu'il peut provoquer; 2° En cas de la moindre indisposition chez les impaludés qui rentrent en France, le malade comme le médecin doivent avoir présents à l'esprit la possibilité de la perniciosité, et par conséquent ne pas oublier d'insister sur l'emploi de la quinine.

Je n'ai pas besoin d'insister davantage; il suffit d'avoir signalé ces deux indications, mais je ne saurais trop dire que fréquents sont les cas où la manifestation paludique pourrait être la cause d'accidents, si elle était méconnue. Je me souviens, entre mille faits de ce genre, du cas de M. Bérenguier, médecin de 1re classe, qui, assez longtemps après son retour du Sénégal, fut atteint d'un accès pernicieux intercurrent qui l'emporta au cours d'une maladie sporadique, et je pourrais en citer bien d'autres, mais ce serait sans utilité, puisqu'on est bien fixé, j'espère maintenant. Je me borne donc à rappeler que le médecin doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'impaludisme chez les individus qui reviennent du Sénégal, et doit donner la quinine dans tous les cas où il peut craindre l'existence d'une manifestation de l'empoisonnement maremmatique, larvée ou apparente.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES APPLICABLES AUX DYSENTÉRIQUES ET AUX MALADIES DU FOIE.

Nous avons suffisamment parlé précédemment de l'extrême facilité avec laquelle la dysentérie rechute au Sénégal pour qu'on soit fixé à priori sur la nécessité de prendre de grandes précautions à l'égard des dysentériques qui rentrent en Europe. Tout d'abord rappelons que le retour en Europe est, on le sait, la seule chance de guérison qui reste au malheureux dysentérique dans maintes circonstances, mais il s'en faut de beaucoup que cette chance lui reste encore dans tous les cas.

Thévenot, qui est une si grande autorité en matière de pathologie et d'hygiène du Sénégal, était d'avis de renvoyer le plus possible et à n'importe quel degré de la maladie les dysentériques. « Combien, dit-il, sont partis sur un lit qu'ils ne pouvaient quitter, et qui ont trouvé au large une guérison inespérée ? »

Cette opinion de Thévenot nous montre, peut-on dire, jusqu'où

on peut aller quand il s'agit de déterminer si un dysentérique peut ou non être embarqué sur un navire de retour, et, bien plus, aujourd'hui que les paquebots transatlantiques ont mis le Sénégal à dix ou douze jours de l'Europe, on comprend que la limite est encore reculée.

Les premières impressions de froid ont parfois une action pernicieuse sur les dysentériques et donnent le dernier coup à quelques malheureux, mais il faut reconnaître, en somme, que c'est l'exception et que, le plus souvent, surtout lorsque des imprudences ne sont pas faites par le malade, elles donnent, sur le navire de retour, un ressort de bon aloi aux dernières forces de l'individu et par conséquent viennent aider à la thérapeutique.

Si de la dysentérie nous passons aux maladies du foie, nous voyons que l'émigration vers le nord est encore plus formellement indiquée dans ces derniers cas, et il suffit de rappeler la rareté des décès par hépatite dans nos climats relativement à la fréquence de la terminaison funeste de cette maladie dans les pays chauds, et notamment au Sénégal, pour que l'opinion soit fixée d'une manière définitive.

Quant à ce qui est des précautions à prendre pour les individus qui rentrent du Sénégal avec une affection du foie, nous n'irons pas jusqu'à dire que l'impression de fraîcheur allant jusqu'au refroidissement que perçoit le poumon soit de nature à diminuer, par une sorte de consensus physiologique, la tendance morbide de l'organe hépatique. Nous croyons au contraire qu'il faut ménager le plus possible les poumons, de peur qu'une phlegmasie respiratoire ne vienne compliquer très-fâcheusement la scène déjà très-compromise par elle-même, ou bien ne vienne ajouter une action de voisinage très-fâcheuse dans l'espèce pour le foie du malade.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES APPLICABLES AUX ANÉMIÉS.

Bien que le nombre des anémiés soit considérable parmi ceux qui reviennent du Sénégal, on n'a pas besoin de parler longuement des précautions qu'il faut prendre à leur égard pendant le rapatriement. L'homme anémié est, comme on l'a dit bien souvent, comparable à une lanterne allumée qui a perdu ses verres, le moindre souffle en fait vaciller la flamme et l'éteint, par conséquent il faut de grandes attentions à leur égard, mais cependant rien qui diffère des règles générales de l'hygiène, de sorte que nous pouvons ne pas insister plus longuement sur ce sujet.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES APPLICABLES AUX MALADES DE LA POITRINE.

Les maladies de la poitrine marchent avec une rapidité des plus fâcheuses vers l'aggravation dans les pays sénégambiens, de même que dans la plupart des contrées de la zone torride. Elles y marchent incontestablement plus vite que dans les pays d'Europe. Telle est la pensée que doit avoir présente à l'esprit le médecin qui se trouve en présence d'un individu atteint d'une affection organique de la poitrine, et pour laquelle il songe au rapatriement.

On comprend facilement, après cela, qu'il faut se décider de bonne heure à soustraire l'Européen atteint de la maladie qui nous occupe aux influences fâcheuses du climat sénégambien, et il en découle que, moins la maladie sera avancée, plus facilement la traversée sera supportée.

Si nous avons dit déjà, en parlant des autres maladies dites exotiques, qu'il faut garantir avec soin les sujets des refroidissements à cause du retentissement que ces refroidissements pourraient avoir sur l'organe pulmonaire, *a fortiori* faut-il rappeler ici que les phthisiques doivent ne pas s'exposer aux affections aiguës dues à l'action trop directe du froid sur l'organisme, et il en découle qu'il faut les couvrir de vêtements plus chauds, les mettre dans des logements mieux garantis contre les rigueurs de l'atmosphère que les logements de ceux qui ont la poitrine en bon état.

La question de savoir s'il vaut mieux rapatrier le sujet en plein hiver, ou le garder dans la colonie jusqu'au moment où la température sera plus douce sur la côte de France, s'agite à chaque instant, sans pouvoir être résolue d'un mot, et, en effet, quelle est la position sociale de l'intéressé, où va-t-il rester une fois en Europe? Voilà une série de termes qui peut varier dans de grandes limites. A quel point de l'évolution morbide est-il arrivé? Quelle est la marche de cette maladie? Dans quelle proportion l'anémie tropicale réagit-elle sur cette marche? etc., etc. Voilà une autre série qui a sa grande importance, et c'est, on le comprend, par la pondération exacte de toutes les conditions, en se souvenant que la nécessité de rapatrier les individus hâtivement est, dans ce cas, plus impérieuse peut-être que dans tous les autres.

DES SOINS NÉCESSITÉS PAR LES MALADIES CONTRACTÉES AU SÉNÉGAL CHEZ LES INDIVIDUS, APRÈS LEUR RETOUR EN EUROPE.

Si le voyage est fini en lui-même dès que l'Européen a mis le pied sur la plage d'Europe en revenant du Sénégal, on ne peut pas

dire que les conséquences en soient épuisées, que son organisme ne se ressente plus, à partir de ce moment, d'un séjour plus ou moins prolongé dans un pays où les individus nés dans la zone tempérée ne sauraient habiter impunément. Le sujet reste encore, et pendant longtemps, dans un état qui doit avec juste raison être attribué à l'influence sénégalaise, et que nous avons par conséquent à étudier ici. Il est encore nécessaire dans ce moment de faire la distinction entre les individus relativement bien portants et les malades, et, bien qu'à proprement parler il n'y ait qu'une différence du plus au moins dans laquelle la prudence commande d'employer les moyens d'hygiène et de curation, nous devons ne pas la négliger.

Individus bien portants.

L'Européen qui a séjourné pendant deux ou trois ans au Sénégal, même sans y avoir été malade, et *a fortiori* celui qui y a passé un temps plus long, a, pour ainsi dire, perdu ses droits de cité dans le pays natal ; il a besoin d'observer certaines règles d'hygiène ; il lui faut prendre quelques précautions pour ne pas courir des dangers d'indisposition et même de maladies sérieuses. C'est pour cela qu'il doit se prémunir contre le froid et l'humidité de nos climats pendant l'hiver, de même qu'il devra dans sa nourriture comme dans ses exercices et ses plaisirs garder une exacte mesure qui lui permette de récupérer sans accidents son assuétude aux climats tempérés, aux aliments savoureux de nos contrées, etc., etc.

Il est incontestable que, le plus souvent, le retour en Europe redonne une force qu'on croyait perdue, des couleurs qu'on n'avait plus depuis longtemps, une activité de digestion inconnue au Sénégal, mais trop souvent aussi les bronchites, les angines, les laryngites, le rhumatisme, en un mot, toutes les affections qui reconnaissent le froid et l'humidité pour origine principale, surviennent avec une fréquence et une facilité qui commandent aux intéressés la plus grande prudence.

Malades.

En nous occupant des soins nécessaires aux valétudinaires après leur retour du Sénégal, nous avons encore besoin d'établir les catégories que nous avons présentées précédemment, à savoir :

Les impaludés ;
Les dysentériques et malades du foie ;
Les anémiés, les dyspeptiques ;

Car, suivant tel ou tel cas, les soins réclamés sont différents pour ramener la santé, quand la chose est encore possible.

Impaludés.

Les impaludés sont, peut-être, les plus favorisés après leur retour en Europe, car, à part quelques exceptions, le séjour dans la zone tempérée produit à lui seul et en un temps relativement assez court d'excellents résultats. Il reste cependant bien entendu que le sujet ne séjournera pas dans un pays paludéen, une fois rentré en France, car il serait dans ce cas, au contraire, une victime désignée aux accidents les plus dangereux.

Sous l'influence du séjour en Europe, les accès de fièvre s'éloignent peu à peu ; de quotidiens, ils deviennent tierces, quartes, octants, mensuels, annuels, et la fièvre elle-même cède plus facilement à la quinine que dans les pays Sénégambiens.

J'ai parlé précédemment et à plusieurs reprises de la possibilité des accès pernicieux ; il ne faut pas la perdre de vue, quelque favorable que soit le pronostic de l'impaludation chez les individus qui sont rentrés en Europe après un séjour au Sénégal. Il est vulgaire de voir le paludisme se manifester chez les individus revenus du Sénégal en Europe par des phénomènes dits larvés ; donc, dans une angine, une bronchite, une blessure même, le médecin attentionné doit voir parfois une indication de la quinine, et souvent il obtiendra ainsi des résultats vraiment remarquables.

Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins constant que le seul séjour en Europe est un puissant moyen de curation de l'impuladation sénégambienne, et, soit que ce séjour soit employé seul, soit qu'on le double de ces mille moyens qui touchent autant à l'hygiène qu'à la thérapeutique : l'hydrothérapie, les bains toniques, l'air des montagnes, etc., etc., on arrive bientôt à n'avoir plus de l'impaludation que le souvenir.

Les eaux minérales doivent trouver leur place ici, et on a recommandé plus spécialement les eaux de Pougues, de Luxeuil, de Cransac, d'Evian ; assurément ces eaux peuvent produire de très-bons résultats, mais je doute qu'elles soient indispensables dans la majorité des cas, et, à voir les bons effets du climat seul, surtout quand le sujet est assez sobre et assez raisonnable pour se soigner d'une manière intelligente, j'en suis arrivé à penser que les eaux minérales ne sont, le plus souvent, qu'un moyen secondaire, et que j'appellerai avec tant d'autres un moyen de luxe dont ceux qui n'ont pas les faveurs de la fortune peuvent très-bien se passer.

Dysentériques.

La dysentérie étant une des maladies très-communes au Sénégal, et une de celles qui réclament le plus impérieusement le retour en Europe, il est naturel de penser que c'est une de celles que l'on rencontrera le plus souvent chez les individus qui sont en Europe au retour d'une campagne en Sénégambie. Eh bien, à vrai dire, l'influence du changement d'air est si bienfaisante qu'il est relativement assez rare de voir des individus se ressentir encore de leur affection intestinale quand il s'est écoulé quelques mois depuis leur rentrée dans le pays. Moins pernicieux en ceci que la Cochinchine, le Sénégal ne lègue très-généralement pas à ceux qui l'ont habité cette diarrhée chronique qui enlève tant de malheureux depuis quelques années.

Les reliquats d'une dysentérie contractée au Sénégal sont en général soit une rectite, soit une diarrhée chronique, les soins à donner sont différents dans les deux cas, et nous allons en dire un mot rapide séparément.

Rectite.

Grâce aux investigations de mon savant collègue, Lalluyaux d'Ormay, et de nombre de médecins de la marine, la dysentérie chronique a été grandement éclairée par la distinction qu'on a faite de la rectite. J'en ai assez parlé précédemment pour n'avoir pas besoin d'y revenir longuement ici. Or, d'après les acquisitions faites sur ce sujet, il faut dire que le traitement topique local est celui qui donnera les meilleurs résultats ; tout le reste ne peut être considéré que comme secondaire à côté de ce moyen principal.

Diarrhée chronique.

La diarrhée chronique, qu'elle ait été rapportée du Sénégal, de la Martinique ou de la Cochinchine, est souverainement traitée par le régime lacté. J'ai, aujourd'hui, fait l'expérience de cette thérapeutique un assez grand nombre de fois pour pouvoir affirmer, de la manière la plus positive, que nous avons là un moyen de guérison efficace dans le plus grand nombre des cas. Tous les autres moyens, astringents, toniques, eaux minérales, purgatifs, opiacés, etc., ne sont presque rien, à mon avis, à côté du traitement lacté fait avec soin, et je dirai, avec l'assurance de ne pas être démenti par ceux qui ont suivi mes visites depuis quelques années, que le traitement lacté fait, entre les mains du médecin qui l'emploie sagement, tout

le bien qu'on peut humainement attendre de l'intervention du médecin dans la maladie dont il est question ici.

On a conseillé l'air de la campagne, des montagnes, les eaux minérales alcalines, ferrugineuses, arsénicales pour parachever la guérison. Ce sont, je le répéterai, des moyens de luxe, et encore j'établirai une distinction entre eux. C'est ainsi que l'habitation dans les montagnes, le séjour à la campagne me paraissent un bon moyen à mettre en usage pour les gens aisés, tandis que les eaux minérales sont si souvent nuisibles, que je suis porté à ne les conseiller que dans des cas absolument exceptionnels. Je renvoie au livre de M. Delioux pour la preuve que ces eaux minérales sont très-rarement utiles, et, pour ma part, j'irai beaucoup plus loin que lui, en disant que les eaux thermales sont peut-être utiles quand la maladie intestinale a cessé et qu'il ne reste plus qu'une anémie et une susceptibilité de l'organisme, mais que, tant qu'il y a une lésion matérielle de l'intestin, elles doivent être proscrites.

Anémies.

Un des médecins qui ont le mieux étudié les maladies des pays chauds, le Dr Rufz de Lavison, a dit avec raison, dans un remarquable travail dont j'ai eu maintes fois l'occasion de constater la grande valeur (*Chronologie des maladies de Saint-Pierre* (Martinique) *in Arch. de méd. navale de* 1869 : « On peut dire que sous la zone torride tout tend à l'anémie : c'est le carrefour où viennent aboutir les maladies les plus diverses. » Si la chose est exacte pour la Martinique qui est relativement un des pays les plus favorisés de la zone tropicale, on comprend qu'à fortiori elle doit être de même pour le Sénégal. Nul ne contestera cette assertion, et si besoin était, je rappellerais l'impression que ressentent tous ceux qui arrivent de France au Sénégal à la première vue de leurs camarades, habitant le pays depuis un certain temps ; ou bien j'invoquerais le souvenir de ceux qui voient en Europe débarquer les convois venant du Sénégal.

Il est bien rare, peut-on dire, que l'anémie existe seule, surtout au Sénégal. Chez l'un elle marche de pair ou dépend d'une impaludation, chez l'autre elle se manifeste avec une gastralgie, une entéralgie, un reliquat d'affection intestinale ou hépatique ; mais, néanmoins, elle est souvent assez marquée, relativement à l'autre affection concomitante qui plus d'une fois même l'a engendrée, pour que cette anémie soit celle qui frappe le plus spécialement le malade et le médecin. D'ailleurs il arrive si fréquemment que, l'anémie disparaissant, la santé revient assez complétement sans

plus de soins, que, dans maintes circonstances, c'est de cette anémie seule qu'il faut se préoccuper chez ceux qui reviennent du Sénégal.

Or, dans ces cas où l'anémie est à peu près la seule maladie que l'on vise, que convient-il de faire chez ceux qui la présentent? Même lorsqu'elle est arrivée à un degré assez avancé on peut attendre beaucoup, rien que du séjour en Europe, le plus souvent même on voit avec le temps, et sans aucune intervention thérapeutique, les couleurs revenir, les forces reprendre avec l'appétit. Ce que j'ai dit de l'action des eaux minérales dans l'impaludation est absolument applicable au cas présent, c'est un remède de luxe qui n'est pas indispensable et qui, bien que fécond en bons résultats, n'a pas une utilité si exclusive qu'il faille le considérer comme une condition *sine qua non* de la guérison.

Nous ne visons pas ici les cas où l'anémie coexiste avec une altération organique ou fonctionnelle, reliquat d'une des maladies dites exotiques, fièvre, dysentérie, hépatite, car, dans ces cas, c'est l'autre facteur qui a le plus d'importance, et, par conséquent, doit préoccuper et malade et médecin.

Dyspeptiques.

Ceux qui ont vu de près les individus qui sont au Sénégal ou qui en reviennent, ont été frappés assurément de la fréquence de la dyspepsie chez eux. Même alors qu'on n'a pas été malade, à vrai dire, l'estomac est devenu capricieux dès qu'on a passé un certain temps en Sénégambie et les digestions sont assez difficiles, souvent pénibles, au point de constituer une véritable maladie.

Sans doute le séjour en Europe fait disparaître assez rapidement cet état sans qu'il soit besoin d'autres remèdes; mais cependant c'est dans ces cas que certaines eaux minérales : celles de Vichy, Vals, Luxeuil, etc., etc., sont utiles. Elles doivent, dans tous les cas, être prises à petites doses, et il ne faut pas se presser de les employer, c'est ainsi, par exemple, qu'il vaut mieux les mettre en usage dans le cours de l'année qui suit celle de la rentrée en Europe que peu de temps après être revenu au Ségéral.

N'oublions pas que, même au cas où elles sont le mieux indiquées, les eaux alcalines n'agissent, dans la dyspepsie des individus revenus du Sénégal, que d'une manière assez secondaire, et comme adjuvante du grand air, du séjour à la campagne dans les pays montagneux, etc., etc., de sorte que, bien que dans le cas présent l'indication thérapeutique soit parfois très-positive, on ne peut nier que le plus souvent ces eaux ne soient qu'un moyen de luxe auquel

on supplée par quelques alcalins et le séjour à la campagne dans les pays d'origine des individus.

Individus malades de la poitrine.

Que la phthisie ait été acquise au Sénégal, ou qu'elle survienne chez un individu qui n'a jamais quitté la France, elle ne présente pas d'indication différente sous le rapport qui nous occupe actuellement, de sorte que nous n'avons pas à nous étendre d'une manière plus détaillée sur son compte ici, et nous renvoyons aux traités généraux pour ne pas donner à ce travail si long une longueur plus grande encore.

CONCLUSIONS TOUCHANT L'HYGIÈNE.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés dans cette troisième partie de notre livre ont achevé, j'espère, de nous donner des indications précises sur les conditions dans lesquelles se trouve l'Européen appelé à habiter transitoirement, ou pendant un temps assez long, dans les pays de la Sénégambie.

On a déjà inféré nombre de conclusions de tout ce que nous avons passé en revue, et nous pourrions entrer dans de longues considérations à ce sujet, mais, pressé d'en finir, pour rester dans la limite d'étendue que nous ne devons pas franchir dans ce volume, nous ne nous occuperons que d'un point entre mille. Nous dirons que ce livre démontre en définitive que l'indigénisation des Européens est une chose absolument impossible, à notre avis, dans le Sénégal. Telle est la conclusion que le raisonnement, comme l'expérience, nous porte à formuler en fin de compte. Donc, dans ces pays incléments, chacun ne doit y passer que le temps strictement nécessaire pour y accomplir son œuvre, et il a l'obligation expresse de se hâter d'aller se retremper dans les climats plus favorables de la zone tempérée.

Mais comme il est nécessaire, pour les intérêts et la volonté de la mère-patrie, qu'un certain nombre de ses enfants aillent passer un certain temps de leur existence dans les contrées sénégambiennes, il serait stérile de s'arrêter à cette conclusion de l'insalubrité notoire du pays; il vaut mieux et il sera infiniment plus utile de rechercher dans quelles limites il est au pouvoir de la sagesse humaine de lutter contre les mauvaises chances qu'entraîne le séjour dans le pays; quels sont les moyens, s'il y en a, de neutraliser plus ou moins l'influence délétère de ce climat meurtrier.

Eh bien! disons-le encore d'un mot, comme conséquence de ce que nous avions dit déjà : Si l'hygiène est impuissante à produire l'indigénisation des Européens en Sénégambie, elle peut néanmoins leur permettre de résister infiniment mieux contre les atteintes morbigènes du climat, et elle peut à ce titre rendre de tels services qu'on doit la considérer avec la plus grande distinction. On peut se fier avec confiance à ses conseils, obéir sans hésitation à ses prescriptions, bien sûr que, pour un peu d'ennui passager que donnent à suivre certaines de ses règles, on en retirera un immense bénéfice. La vie n'est-elle pas un enjeu assez beau pour justifier certaines petites précautions compatibles avec toutes les exigences du service?

Tout ce que nous venons de dire vient, en somme, s'ajouter à ce qui a été dit déjà à maintes reprises pour prouver que l'Européen n'est pas, au Sénégal, dans un milieu favorable à sa santé, et cela nous explique pourquoi, malgré des apports incessants d'immigrants continués pendant quatre siècles, la race créole est encore nulle aujourd'hui dans ce pays. C'est à peine si, de ce contact incessant et prolongé du blanc et des négresses, il en est résulté quelques mulâtres, qui même présentent les attributs d'une classe d'êtres mal partagés par la nature, puis qu'ils n'ont que quelques rares garçons relativement aux filles dans les mariages qu'ils contractent entre eux; puisque, d'une manière absolue, ils ont peu d'enfants, qu'ils sont même très-fréquemment inféconds à la troisième ou quatrième génération; enfin que, dès que leur teint s'éloigne de la couleur mélanienne foncée, leur constitution est débile, leurs intestins, leur foie présentent une susceptibilité aussi grande que celle de ces organes chez les Européens, de telle sorte que si l'anémie, la cachexie paludéenne ne les ont pas emportés avant la puberté, la dysentérie et l'hépatite leur font une guerre meurtrière pendant l'âge adulte.

On peut donc dire, après une expérience de quatre cents ans passés, qu'il est fort probable que le blanc ne pourra jamais vivre en santé et prospérer en Sénégambie; qu'il ne pourra même y créer une race métisse capable d'y vivre et de s'y développer largement, de sorte que nous devons nous considérer comme appelés à passer seulement un temps très-limité sur cette portion de la terre d'Afrique. Pendant ce temps même, nous sommes obligés d'y veiller, d'une manière très-attentionnée, à la conservation d'une santé menacée toujours et de toutes parts. Enfin il nous faut fuir ce climat malsain à la première atteinte morbide, sous peine de contracter le germe d'affections qui nous méneraient bientôt à la tombe sans pitié ni merci.

Dans de pareilles conditions, tout effort de colonisation, de développement industriel, a bien des chances, on le voit, d'être frappé de stérilité dès le début, il faut se borner à aller y chercher, en y passant le moins de temps possible, les objets dont notre civilisation a besoin, mais ne nourrir aucun espoir de transformer le pays soit par nos mains, soit par les enfants que nous y aurons fait naître.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

Arrivé à la dernière page de ce long travail sur les maladies des Européens au Sénégal, je dois répéter ce que je disais en le commençant pour bien montrer le but que j'ai voulu atteindre, le résultat que j'ai désiré obtenir : j'ai cherché à faire un livre qui, mis dans la main du jeune médecin de la marine appelé à servir au Sénégal au sortir des bancs de l'école, pût lui donner : tout d'abord, les allures de la climatologie du pays ; secondement, l'indication des maladies qu'il a le plus de chances d'avoir à combattre à tel ou tel moment de l'année. J'ai pensé qu'il suffisait de faire seulement l'énumération sommaire des symptômes de ces maladies et de signaler en quelques mots les agents thérapeutiques qu'elles réclament suivant le cas.

Voilà, dis-je, le but que j'ai poursuivi, l'ai-je atteint? Mes jeunes camarades le diront, et si un d'entre eux trouve que mes efforts lui ont été utiles, ont dirigé ses pas dans un moment difficile, l'ont aidé à obtenir une guérison qui semblait compromise, lui ont permis de sauver une existence qui lui paraissait menacée, j'aurai obtenu la plus douce récompense que celui qui travaille pour le bien de son semblable puisse désirer.

Assurément mon livre présente de grandes imperfections, on trouvera peut-être qu'il aurait pu renfermer plus de renseignements, avoir un reflet de science et d'érudition qui lui manque très-fâcheusement, mais je le répéterai encore : Celui qui, comme moi, écrit sur la pathologie exotique pendant des campages lointaines e prolongées, en partageant les fatigues, les difficultés de tous genres les périls, dirai-je même, qui entourent le militaire en servic dans les pays chauds ; celui qui est obligé de limiter sa bibliothèque au léger bagage du voyageur, ne peut orner ses travaux de ces fleurs d'érudition si faciles à cueillir dans les bibliothèques de la capitale, par les favorisés du sort qui peuvent se procurer de l'air frais quand ils ont trop chaud, ou faire ajouter un peu de bois au calorifère quand ils craignent d'avoir froid.

Trouvera-t-on que je me sois trop étendu sur ce point spécial des maladies des Européens au Sénégal, dira-t-on qu'il eût mieux valu prendre un cadre plus vaste et essayer de tracer une étude sur les maladies des pays chaud en général, au lieu de me limiter à cette petite portion de la zone tropicale? Il me serait facile, au cas où cette objection me serait faite, d'y répondre victorieusement. Et, en effet, la pathologie dite exotique est encore obscure et souvent peu compréhensible pour deux raisons : la première, c'est que trop d'écrivains ont fait, du fond de leur cabinet, l'histoire des maladies qu'ils n'avaient jamais vues, et avec des documents trop disparates, le plus souvent, lors même qu'ils touchaient la même maladie, de sorte que nous sommes arrivés à avoir maintes études qui, loin d'éclairer les intéressés, ne font que jeter une obscurité des plus fâcheuses sur le diagnostic et la thérapeutique au lit du malade. La seconde raison qui n'est, en somme, qu'une conséquence de la première, c'est qu'à une époque où les éléments manquaient presque entièrement, quelques auteurs ont cru pouvoir généraliser et faire synthétiquement une description qui ne ressemble à aucun cas en particulier, ayant voulu ressembler à tous.

Si mon illustre prédécesseur, Dutrouleau, qui a incontestablement droit à la respectueuse reconnaissance de tous les médecins de la marine, autant par ses services signalés que par son remarquable livre, n'eût pas cédé aux sollicitations qui l'ont porté à généraliser ses descriptions; si, au lieu de faire un traité des maladies des Européens dans les pays chauds, il avait seulement borné ses visées à la pathologie antillienne qu'il connaissait si bien, nous aurions un livre admirablement précis sur des affections dont il a été obligé d'atténuer les symptômes, pour généraliser ses descriptions et les rendre applicables à plusieurs pays.

Le temps de la synthèse en pathologie exotique n'est pas venu encore; je ne crains pas de l'affirmer très-positivement, après une longue pratique dans les pays chauds. Il faut nous borner encore au rôle plus modeste d'observateur des faits de détails; nos neveux, peut-être même nos arrière-neveux seulement, auront quelques chances d'entreprendre avec succès une étude d'ensemble qui est absolument impossible aujourd'hui.

Pénétré de cette idée, j'ai résisté à mon tour à cette tendance pourtant si séduisante de généraliser, et je n'ai voulu écrire que sur les maladies d'un pays où j'avais pratiqué assez longuement pour avoir eu des chances de bien voir. C'est pour cela que j'ai uniquement étudié la pathologie du Sénégal. Je n'ai même pas voulu étendre mes descriptions à ce qui se rencontre à la Côte-d'Or ou au

Gabon, persuadé d'après ce que j'ai vu dans ces divers pays que, bien que très-voisine des allures qu'elle a au Sénégal, la maladie y a déjà quelque chose de différent.

Que chacun des médecins qui exercent dans nos diverses colonies fasse une étude détaillée sur la pathologie du pays où il se trouve, quelque chose d'analogue à ce que j'ai cherché à faire ici, et nous aurons tout d'abord doté nos jeunes camarades de guides précieux et réellement efficaces.

Ce n'est qu'alors, et quand nous aurons ainsi tous les éléments de comparaison, toutes les manières d'être de la même affection sous l'influence de telle ou telle condition spéciale à tel ou tel pays, qu'un esprit élevé pourra généraliser avec quelque succès, complétant et éclairant les œuvres précédentes d'un jour éminemment utile. Mais qu'on ne s'y trompe pas, tant que les divers éléments de la question n'auront pas été analysés séparément, la synthèse est impossible ; elle conduirait certainement à l'erreur, au lieu de nous mener à la découverte de la vérité.

APPENDICE

HISTOIRE DU PERSONNEL MÉDICAL DE LA COLONIE DU SÉNÉGAL

DE 1819 A 1873 INCLUS.

Un de mes premiers soins en prenant la direction du service de santé du Sénégal en novembre 1872, fut de mettre en ordre les archives de l'hôpital militaire de Saint-Louis.

Ces archives avaient souffert de la longue absence du médecin en chef titulaire, à des époques, surtout, où des expéditions de guerre et des épidémies avaient jeté de profondes et fréquentes perturbations dans la succession de ces médecins, que nous appelons dans la marine les prévôts, et qui sont, on le sait, chargés de vivre dans l'hôpital, d'y surveiller le service de tous les jours, d'y recueillir, classer et conserver les pièces de comptabilité médicale, de statistique, de correspondance, etc., etc.

La prolongation de cet état de choses aurait menacé ces archives d'une destruction complète, il était urgent de s'en occuper.

En faisant ce travail, j'eus naturellement le désir de prendre une connaissance approfondie des précieux documents qui étaient entre mes mains ; d'autant que je savais devoir trouver mille renseignements utiles dans les études de mes prédécesseurs.

Avant d'aller plus loin, je dois payer ici un tribut de louanges bien mérité aux médecins qui ont passé à la colonie, depuis 1819 jusqu'à nos jours, car leurs efforts constants n'ont pas été seulement dirigés vers le soulagement des malades qui venaient au jour le jour réclamer leurs soins. Mus par un sentiment philanthropique plus élevé encore et bien digne d'éloges, ils ont mis un grand soin à prendre note de ce qui avait frappé leur esprit observateur, pour

nous faire bénéficier, nous, leurs successeurs, des richesses de leur longue expérience.

Je connaissais de réputation nombre de ces hommes qui, comme Câtel, Chevé, Thévenot, Delord, Chassaniol, Dupuis, Menu-Dessables, Petit, Villette, ont soigné leurs semblables au Sénégal; et c'est avec une respectueuse sympathie que j'ai lu leurs observations. Mais, à côté d'eux, que de noms ignorés n'ai-je pas rencontrés, qui cependant nous ont légué de très-importants enseignements.

Mon respect, je dirai plus, mon admiration pour les efforts de chacun de ces obscurs pionniers de la science, ont été tels à mesure que j'ai mieux connu leurs travaux, sachant surtout dans quelles conditions ils ont vécu, que j'ai pris plaisir à graver leurs noms dans ma mémoire.

D'autre part, il était juste aussi, on en conviendra, de donner un souvenir d'affectueuse condoléance à ceux d'entre eux, qui, victimes d'un climat contre lequel ils cherchaient à défendre leurs semblables, ont perdu leur santé et même trop souvent leur vie sous ce ciel inclément de la Sénégambie. Je pouvais d'autant mieux apprécier leur dévoûment que j'avais partagé antérieurement, étant embarqué sur un navire de la station, les fatigues d'un certain nombre d'entre eux, et, lorsque je me suis trouvé à la tête de ce corps de santé du Sénégal où j'avais été modestement un des infimes au début de ma carrière, j'ai pensé que c'était payer une dette de reconnaissance et d'honneur à ces hommes que d'appeler l'attention sur leurs noms.

Ne sont-ils pas dignes de la sympathie de leurs compatriotes, ceux qui se dévouent sans hésitation comme sans bruit, devant les dangers de tous les jours pour remplir la si pénible mission qui leur est confiée?

On ne se rend pas un compte exact en France des difficultés et des souffrances de tout genre que rencontrent ceux qui servent dans certaines colonies et particulièrement au Sénégal; et en effet, dans ce pays, les plus favorisés, les plus élevés dans la hiérarchie, en un mot, ceux qui relativement croient avoir le moins à se plaindre du sort, sont dans un milieu où tout manque au bien-être :

Un soleil ardent sur un sol sablonneux, la mer pour horizon, pas un arbre, pas une plante verte pendant huit mois de l'année, une chaleur énervante et malsaine, voilà le milieu dans lequel ils vivent.

Des maisons où rien ne les défend de la chaleur, du soleil, de la pluie; où pas un meuble ne tient debout, d'une manière solide; où le lit appartient à des légions d'insectes malfaisants, voilà où se passera l'existence intime.

Pour se désaltérer, il n'y a qu'une eau bourbeuse, souvent saumâtre, et qui même n'est délivrée qu'avec parcimonie, parce qu'elle est obtenue avec difficulté, car, pendant huit mois de l'année, il faut aller la chercher à plus de vingt lieues de distance.

Les légumes frais, les fruits sont inconnus ; quelques maigres volailles, une viande aussi désagréable à l'œil que répugnante au goût, des conserves trop souvent avariées, un poisson fréquemment insipide, toujours mal préparé, voilà les aliments que l'estomac fatigué trouve à sa portée pour soutenir l'existence déjà si triste par ailleurs.

Si la vie des favorisés est aussi pénible, que sera celle de malheureux qui, par obligation, vont passer la moitié et même souvent les deux tiers de leur période coloniale dans les postes éloignés du centre de la colonie? Celui-ci restera huit mois par an dans un blockhaus que des peuplades hostiles ou au moins malveillantes entourent; il ne recevra pas pendant ce temps des nouvelles d'Europe. Pas une lettre du pays, de la famille, ne viendra remonter son courage, stimuler son énergie durant ce temps si long, alors qu'il voit nombre de ses compagnons atteints de nostalgie autant que frappés par la maladie.

Celui-là, au début de sa carrière, c'est-à-dire étant encore à l'âge où ses contemporains suivent sur les bancs de l'école d'un œil distrait les enseignements du maître, trouvent au sortir de la salle des cours, les joies de la famille, les attentions d'une mère, l'affection des parents, les plaisirs enfin qui sont le lot ordinaire de chacun dans son propre pays, est jeté au contraire en présence des conjonctures les plus pénibles et les plus graves de la profession médicale.

Non-seulement il est dans un triste et lointain pays, dans des contrées dangereuses et malsaines, mais encore il a charge d'âmes dans des circonstances bien autrement plus délicates que celles qui se présentent souvent dans les conditions ordinaires de l'existence. Il est obligé de faire sur l'heure et sans préparation, ce que la médecine et la chirurgie comptent au nombre des choses les plus difficiles.

Il faut avoir été comme je m'y suis trouvé moi-même, et comme j'y ai vu tant de mes camarades au Sénégal, il faut avoir été, dis-je, devant une de ces maladies terribles dans lesquelles l'erreur ou l'hésitation ne durerait-elle qu'un instant, a pour conséquence la mort d'un malheureux. Il faut s'être trouvé un moment dans la vie écrasé sous le poids de cette responsabilité poignante, alors qu'on n'a dans son instruction médicale à peine ébauchée aucun guide assuré, qu'on ne trouve dans ses livres aucun conseil précis, qu'on

ne rencontre dans les gens qui vous entourent aucun aide éclairé, pour bien en apprécier les immenses angoisses.

Eh bien ! il n'est pas un des médecins dont nous verrons la longue liste dans un instant, qui n'ait été au moins une fois pendant la durée de son service au Sénégal, dans une pareille occurrence.

Qu'on me permette d'insister sur cette particularité : pendant les longs mois de leur service dans les postes, ces braves jeunes hommes dont j'ai entrepris de rappeler les noms, sont trop souvent dans une situation terrible autant qu'ignorée ou au moins facilement oubliée; situation dont la seule pensée aurait cependant quelque chose de bien effrayant pour des gens dont le sentiment du devoir ne serait pas aussi énergiquement affirmé. En effet, comme médecins, ils sont souvent dans de graves perplexités, mais enfin ils peuvent avoir l'espoir qu'à force de dévoûment et de bonne volonté, leur faible expérience, leur instruction scientifique incomplète fera des prodiges, et que le malheureux soldat, le pauvre matelot terrassés par la maladie ou la blessure ne lui auront pas dit en vain : *Major, ne me laissez pas mourir !*

Mais, dans les âpres pays sénégalais, le climat est aussi meurtrier que les indigènes ennemis sont acharnés contre l'Européen, de sorte que la guerre est presque aussi fréquente que la maladie, et trop souvent le médecin tombe lui-même frappé par le miasme du climat ou le plomb de sauvages habitants. S'il trouve facilement, dans ce cas, une main amie dans ses compagnons de danger et de service, il n'a pas le bonheur, lui, d'avoir les soins instruits d'un médecin. Seul il est privé des secours de l'art et de la science dans l'agglomération dont il est la sauvegarde sanitaire; et, par une triste conséquence de sa position même, il doit souffrir, il doit mourir, lui qui a soulagé tant de douleurs, sans avoir la consolation de dire comme ceux qui ont fait appel à son dévoûment au moment de la souffrance : *Major, sauvez-moi !*

Ne dira-t-on pas comme moi : Honneur à ces hommes modestes autant qu'instruits, oubliés trop souvent autant qu'utiles, qui viennent au début de leur carrière ou au meilleur de leur vie, dans ce triste et pernicieux pays, s'exposer à l'influence d'un climat meurtrier pour soulager les malades ?

Ah ! je suis sûr que pas un de ceux qui les ont vus à l'œuvre, ne leur refusera un témoignage honorable et mille fois mérité.

Pour n'oublier personne dans cette énumération des officiers de santé du cadre du Sénégal, il fallait faire des recherches assez minutieuses, et dans le désir d'approcher le plus possible de la réalité,

j'ai chargé un de mes aides, jeune camarade intelligent et plein de zèle, M. Martin, aide médecin, de parcourir tous nos registres pour y recueillir les noms qui nous intéressaient. Il s'en est acquité avec un soin très-digne d'éloges.

Jaloux de donner à notre modeste *livre d'or* des médecins du Sénégal toute l'exactitude qu'on pourrait obtenir, mon excellent ami le Dr Bourgarel, médecin principal de la marine, mon successeur dans la direction du service de santé de la colonie, a contrôlé lui-même la liste de M. Martin; et, de mon côté, j'ai vérifié encore les résultats afin d'éviter, autant que faire se pourrait, les erreurs. C'est ainsi que j'ai pu établir 362 fiches nominatives très-complètes pour la plupart.

Dans cette liste des officiers de santé de la colonie du Sénégal, j'ai adopté l'ordre suivant qui m'a semblé le plus propre à montrer les faits dans leur jour exact:

1° J'ai donné l'énumération des chefs du service de santé de la colonie de 1819 à 1873;

2° Celle des médecins chargés du service de Gorée;

3° La liste des pharmaciens qui ont eu la direction du service pharmaceutique pendant ce laps de temps;

4° Enfin, j'ai présenté par ordre alphabétique les noms des médecins et des pharmaciens qui ont fait partie du cadre du Sénégal dans la période qui nous occupe.

La liste des chefs de service a été faite, on le comprend, sous l'influence d'un pieux souvenir. Dans toutes les agglomérations d'hommes, on garde plus spécialement en mémoire les noms de ceux qui ont eu l'honneur et aussi, disons-le, la charge du commandement. Pourquoi ne pas donner cette satisfaction d'amour-propre à ceux qui ont été chefs de service à Saint-Louis ou à Gorée, fonctions qui, par le fait des règlements en vigueur, ont plus de labeur que de gloire, plus de tristesses que de profits, plus de difficultés que de satisfactions?

Dans la liste alphabétique, j'ai rangé les médecins et les pharmaciens dans une même catégorie. Sans doute les médecins, par la nature de leur service qui les envoie dans les postes les plus malsains de la colonie, sont frappés plus fréquemment de maladies endémiques, mais en revanche la fièvre jaune a atteint plus sévèrement les pharmaciens, de sorte qu'il y a eu à peu près parité de dangers courus, en définitive.

Primitivement, j'avais établi la distinction entre les médecins et les pharmaciens; mais, réflexion faite et en présence de la grande analogie de chiffres que j'obtenais quand j'ai eu les détails afférents à

divers noms, j'ai confondu tous les officiers de santé dans un même groupe, consacrant ainsi une fois de plus cette fraternité étroite qui existe entre les deux fractions du même corps et lie les individus par l'amitié autant que par un intérêt de service commun.

Enfin, disons que les archives de l'hôpital de Saint-Louis ne remontent qu'à 1819 : c'est le moment, on le sait, où l'on organisa la colonie, que les traités de 1815 nous avaient rendue. C'est alors seulement que nous l'avons occupée effectivement. Tout ce qui a été fait avant n'a pas laissé de traces suffisantes pour qu'il m'ait été possible de chercher à reconstruire, avec les documents locaux, la situation du service de santé de la colonie dans le courant des temps antérieurs à la reprise de possession.

Dans la liste alphabétique placée ci-après, on verra que les individus sont appelés tantôt médecins, tantôt chirurgiens. Il ne faut pas que le lecteur croie qu'il y a là une qualité différente : en effet, jusqu'en 1865, les membres du corps de santé de la marine étaient appelés chirurgiens; on les appelle médecins depuis lors. Voilà pourquoi c'est tantôt une dénomination, tantôt l'autre, qui est employée dans cette liste. Ajoutons que le titre d'aide-médecin, créé en 1865, équivaut à l'ancien grade de chirurgien de 3e classe.

Un certain nombre d'officiers de santé de 2e et de 3e classe de cette liste appartenaient à la catégorie des auxiliaires; mais n'ayant pu avoir des renseignements précis à cet égard, j'ai négligé d'indiquer pour chacun la qualité de titulaire ou d'auxiliaire.

LISTE

DES CHEFS DU SERVICE DE SANTÉ

DU CADRE DU SÉNÉGAL

de 1819 à 1873 inclus.

---

1 **QUINCÉ**, 2e médecin en chef, avril 1819 à avril 1822.

2 **CATEL**, 2e médecin en chef, avril 1822 à mars 1832.

3 **CALVÉ**, médecin de 1re classe, intérimaire en 1830, titulaire de novembre 1834 au 17 février 1836.

4 **THÉVENOT**, chirurgien de 1re cl., du 30 avril 1836 au 27 octobre 1839.
Roux, chirurgien de 2e classe, novembre 1839.

5 **HERPE**, chirurgien de 1re cl., du 16 décembre 1839 à octobre 1840.
Menu-Dessables, chirurgien de 2e classe, octobre et novembre 1840.
Nouet, chirurgien de 2e classe, novembre 1840 à juin 1841.
Salva, chir. de 1re cl., de juin à août 1843.

6 **GAUTREAU**, chir. de 1re cl., août 1843 à avril 1844.
Menu-Dessables, chir. de 2e cl., avril à septembre 1844.
Gueit, chir. de 2e cl., septembre et octobre 1844.

7 † **SALVA**, médecin en chef, octobre 1844 à octobre 1848, mort d'hépatite, le jour même de son départ, sur le bateau qui le rapportait en France.
Philippeaux, chir. de 1re cl., octobre 1848 à 1849.

8 † **MARQUISEAU**, chir. de 1re cl., du 29 avril 1849 au 18 octobre 1850, mort de dysentérie.
Mannet, chir. de 1re cl., octobre et novembre 1850.
Mongrand, chir. de 1re cl., novembre 1850 à avril 1851.

9 † **HOMBRON**, médecin en chef, avril 1851 à août 1852, mort de dysentérie en rentrant en France.
Mannet, chir. de 1re cl., août 1852 à avril 1853.

10 **PETIT**, médecin en chef, avril 1853 à juillet 1854.
Berenguier, chir. de 1re cl., juillet 1854 à juillet 1855.

11 **LE PETIT**, médecin en chef, juillet 1855 à mai 1858.
Thèze, chir. de 1re cl., 1858 à janvier 1859.

12 **CHASSANIOL**, médecin en chef, janvier 1859 à octobre 1861.
Bel, chir. de 1re cl., octobre 1861 à mars 1863.
Borius, chir. de 2e cl., mars à avril 1863.
Barthelemy (Benoît), chir. de 1re cl., avril à juin 1863.

13 **VILLETTE**, médecin en chef, juin 1863 à mars 1865.
Cauvin, chir. de 1re cl., mars 1865 à janvier 1866.

14 † **MOUFFLET**, médecin en chef, de février à août 1866, mort d'accès pernicieux peu de jours après un voyage dans le haut fleuve.
Cauvin, chir. de 1re cl., octobre 1866 à juin 1867.
Cedont, chir. de 1re cl., juin à décembre 1867.
Rulland, médecin principal, décembre 1867 à mai 1871.
Rolland, médecin principal, mai 1871 à octobre 1872.

15 **BÉRENGER FÉRAUD**, médecin en chef, novembre 1872 à octobre 1873.
Bourgarel, médecin principal, novembre 1873.

LISTE DES MÉDECINS

CHARGÉS DU SERVICE DE GORÉE

de 1819 à 1873 inclus.

---

1 Aubry, chir. de 1re cl., de juillet 1819 à juin 1822.
2 Bonet, chir. de 2e cl., de juin 1822 à décembre 1823.
3 Mouraille, chir. de 2e cl., de janvier 1823 à juin 1823.
4 Tayau, chir. de 1re cl., de juin 1823 à décembre 1825.
5 Costet, chir. de 2e cl., de janvier 1826 à janvier 1831.
6 Fabre, chir. de 2e cl., de janvier 1831 à janvier 1832.
7 Costet, chir. de 2e cl., de janvier 1832 à avril 1834.
8 Menu-Dessables, chir. de 2e cl., d'avril 1834 à juin 1836.
9 Dupuis, chir. de 2e cl., de juin 1836 à janvier 1837.
10 † Sandemoy-Dulac, chir. de 1re cl., janvier à novembre 1837, mort de fièvre jaune.
11 Dupuis, chir. de 2e cl., de novembre 1837 à septembre 1839.
12 Vincent, chir. de 2e cl., de septembre 1839 à juin 1840.
13 Villon, chir. de 2e cl., juin 1840.
14 Salva, chir. de 1re cl., de juin 1840 à juin 1841.
15 Gautrau, chir. de 1re cl., de mars 1842 à avril 1843.
16 Vincent, chir. de 2e cl., d'août 1843 à décembre 1845.
17 Dupuis, chir. de 2e cl., janvier 1846.
18 Philippeaux, chir. de 1re cl., de janvier 1846 à octobre 1848.
19 Dupuis, chir. de 2e cl., d'octobre 1848 à juin 1849.
20 Philippeaux, chir. de 1re cl., juin 1849 à mars 1850.
21 Mongrand, chir. de 1re cl., de mars à novembre 1850.
22 Le Hir, chir. de 2e cl., novembre 1850.
23 Mannet, chir. de 1re cl., de novembre 1850 à avril 1851.
24 Viol, chir. de 2e cl., d'avril à décembre 1851.
25 Vialet, chir. de 2e cl., décembre 1851.
26 Chassaniol, chir., de 1re cl., de décembre 1851 à juillet 1852.
27 Margain, chir. de 1re cl., de juillet 1852 à novembre 1853.
28 Bérenguier, chir. de 1re cl., de décembre 1853 à avril 1854.
29 Dauguillecourt, chir. de 1re cl., d'avril 1854 à janvier 1855.
30 Margain, chir. de 1re cl., janvier 1855 à avril 1856.

31 Bérenguier, chir. de 1re cl., avril 1856 à août 1858.
32 Bel, chir. de 1re cl., août 1858 à mai 1859.
33 † Thèze, chir. de 1re cl., mai à novembre 1859, mort de fièvre jaune.
34 Bel, chir. de 1re cl., novembre 1859 à décembre 1861.
35 Barthelemy (Benoît), chir. de 1re cl., décembre 1861 à mars 1863.
36 Bourse, chir. de 1re cl., de mars à juillet 1863.
37 Barthelemy (Benoît), chir. de 1re cl., juillet 1863 à avril 1864.
38 Cauvin, chir. de 1re cl., avril 1864 à mars 1865.
39 Thaly, médecin de 1re cl., mars et avril 1865.
40 Cédont, médecin de 1re cl., juillet 1865 à juillet 1867.
41 Thaly médecin de 1re cl., juillet 1867 à mars 1868.
42 Mery, médecin de 1re cl., mars 1868 à février 1869.
43 Beaussier, médecin de 1re cl., février 1869.
44 Santelli, médecin de 1re cl., mars à octobre 1869.
45 Rolland, médecin principal, octobre 1869 à mai 1871.
46 Bérenger Féraud, médecin principal, mai 1871 à novembre 1872.
47 Maurin, médecin de 2e cl., novembre et décembre 1872.
48 Bourgarel, médecin principal, du 18 décembre 1872 à octobre 1873.
49 Borius, médecin de 1re cl., du mois d'octobre 1873.

LISTE DES PHARMACIENS

CHARGÉS DU SERVICE DE LA COLONIE

de 1819 à 1873 inclus.

1 Mariteau (Jacques), pharmacien de 2e classe, 1819 à 1824.
2 † Mariteau (Alexandre), pharm. de 2e cl., 1824 à 1826, mort à Saint-Louis.
3 Vacon, pharm. de 2e cl., 1826 à 1828.
4 † Morani, pharm. de 2e cl., mort de fièvre jaune.
5 Eléouet, pharm. de 2e cl., 1831 à 1832.
6 Acarie, pharm. de 3e cl., de 1832 à 1834.
7 † Busseuil, pharm. de 1re cl., de 1834 à 1835, mort à Saint-Louis.
8 Plagne, pharm. de 1re cl., 1835 à 1839.
9 Mittre, pharm. de 2e cl., 1839.
10 † Huard-Baissinière, pharm. de 2e cl., 1839 à 1844, mort en revenant d'un voyage d'exploration dans le haut Sénégal et la Falémé.
11 Julien, pharm. de 2e cl., 1844 à 1845.
12 Daver, pharm. de 1re cl., 1845, convalescent.
13 Mittre, pharm. de 2e classe, 1845 à 1848, convalescent.
14 Fontaine, pharm. de 1re cl., 1848 à 1851.
15 Audibert, pharm. de 1re cl., 1851 à 1855.
16 Décugis, pharm. de 1re cl., 1855 à 1860.
17 Héraud, pharm. de 1re cl., 1860 à 1861.
18 De Nozeilles, pharm. de 1re cl., 1862 à 1865, convalescent.
19 Roux, pharm. de 2e cl., 1865 à 1866, convalescent.
20 † Lepine, pharm. de 2e cl., 1866 à 1867, mort de fièvre jaune à Saint-Louis.
21 Morio, pharm. de 1re cl., 1867 à 1871.
22 Simon, pharm. de 1re cl., 1871.

LISTE ALPHABÉTIQUE

DES OFFICIERS DE SANTÉ

DU CADRE DU SÉNÉGAL

de 1819 à 1873 inclus.

A

1 † Acampo (Laurent), chir. 2e cl., arrivé en janvier 1849, mort 28 octobre 1849. 10 mois de service.

2 Acarie (Noël), pharm. 3e cl., puis 2e cl., 1er juin 1831 au 28 janv. 1835, congé de convalescence, 17 avril 1836 au 23 mars 1837. 55 m.

3 Allanic (Adolphe), chirurgien 3e classe, du 18 janvier 1854 au 2 mars 1857. 38 m.

4 † Allaux (Prosper), chir. aide de 3e cl., du 22 octobre 1867 au 9 juin 1870, mort de cachexie paludéenne au poste de Médine. 31 m.

5 Amalbert (Joseph), chir. 2e cl., du 26 janvier 1860 à août 1861, convalescent d'hépatite suppurée contractée à Médine; démissionnaire, ne pouvant plus retourner au Sénégal. 19 m.

6 Amouretti (Etienne), chir. de 2e cl., du 16 février 1852 au 2 juillet 1855. 40 m.

7 Angelin (Théophile), pharm. de 3e classe, du 30 janvier 1851 au 16 mars 1854. 37 m.

8 Aubry (Joseph), chir. de 2e cl., de janvier à septembre 1821. 9 m.

9 Aubry (Pierre), chir. de 2e cl., d'avril 1819 à mai 1822, de mai 1823 au 25 mars 1829. 105 m.

10 Audibert (Ange), pharmacien de 1re classe, du 30 janvier 1851 au 25 avril 1855. 39 m.

11 Audier (Pygmalion), pharmacien de 3e classe, du 5 juin 1840 au 20 août 1843. 38 m.

12 Audouit (Paul), chir. de 3e cl., du 24 juin 1857 à janvier 1859. 19 m.

13 Audry (René), médecin de 1re cl., du 5 décembre 1871, présent à la fin de 1873. 25 m.

14 Auvely (Alph.), médecin de 1re cl., octobre 1867 à juin 1868. 9 m.

15 Ayraud (Gabriel), chirurgien de 2e classe, du 8 février 1853 au 2 avril 1856. 38 m.

B

16 Bagneris, chir. de 3e cl., du 26 février 1858 au 17 décembre 1858, rentré en convalescence. 10 m.

17 Bancal (Etienne), chirurgien de 3e classe, du 21 février 1831 au 24 juin 1834. 40 m.

18 Barnier (Jean-Baptiste), chir. de 2e cl., du 6 février 1862 au 2 février 1865. 36 m.

19 Barthelemy (Benoît), chirurgien de 1re cl., du 28 janvier 1860 au 5 avril 1864. 50 m.

20 Baudry (Auguste), chir. de 2e cl., d'avril 1819 à mai 1822. 37 m.

21 † Bavay (Antoine), chir. de 2e cl., du 11 février 1857 au 26 juillet 1858, mort d'accès pernicieux à Grand-Bassam. 18 m.

22 Beal (Benjamin), chir. de 3e cl., du 20 août 1853 au 27 août 1856, convalescent, démissionnaire peu après pour cause de maladie. 36 m.

23 Baudoin des Sables, chirurgien de 3e cl., du 20 septembre 1854 au 2 avril 1856. 18 m.

24 Beaujan (Jean), chir. de 2e cl., du 5 mai 1847 au 5 août 1850. 39 m.

25 Beaumont (Jacques), chir. de 2e cl., du 14 juillet 1819 à juin 1822; de mai 1823 au 10 janvier 1830. 117 m.

26 Beaussier (Hyacinthe), médecin de 1re cl., du 16 décembre 1867 au 18 juillet 1871. 43 m.

27 Beaussier, chir. de 3e cl., 1854 à 1857. 36 m.

28 Bechon (Jérôme), médecin de 2e classe, du 6 janvier 1867 au 17 avril 1870. 39 m.

29 Bel (Joseph), chir. de 1re cl., du 18 août 1858 au 28 mars 1863. 55 m.

30 † Beliard (Léon), médecin de 2e classe, du 10 juillet 1864 au 24 juillet 1867, mort à Médine de cachexie paludéenne à la suite d'un voyage d'exploration dans le haut Sénégal. 36 m.

31 † Bérenger Féraud (Laurent), médecin de 2e classe, de juillet 1852 au 21 juin 1854, mort le 5 juillet 1854, en arrivant à Toulon, de cachexie paludéenne contractée au poste de Dabou. Ne comptait que du 1er octobre 1853 à la colonie. 9 m.

32 Bérenger Féraud (J.-B.), fils du précédent, médecin principal, puis médecin en chef, du 3 mai 1871 au 30 octobre 1873, rentré en convalescence. 30 m.

33 Bérenguier (Joseph), chir. de 1re classe, du 31 janvier 1854 à octobre 1858, mort en Europe des suites d'une impaludation contractée dans sa campagne au Sénégal. 56 m.

34 Berg (Achille), chir. de 2e cl., du 18 juillet 1856 au 4 mars 1859, convalescent. 30 m.

35 Bergeret (Emile), du 26 janvier 1857 au 25 février 1860. 37 m.

36 Bernard (Alfred), chir. de 3e cl., d'août 1845 à juillet 1846. 11 m.

37 † Bernard (Joseph), du 9 août 1867 à juillet 1870, mort du choléra à Gorée. 35 m.

38 Berville (Esprit), chir. de 2e classe, du 21 mars 1850 au 2 septembre 1853. 41 m.

39 † Blin (Paul), chir. de 3e cl., du 4 novembre 1856 au 17 novembre 1857, mort d'accès pernicieux à Matam. 12 m.

40 Boheas (Paul), aide-médecin, du 3 févr. 1872 à octobre 1873. 20 m.

41 † Bompar (Henri), chir. de 2e cl., du 26 janvier 1860 à mai 1861, mort de phthisie pulmonaire. 16 m.

42 Bon (Théophile), chir. de 3e classe, du 21 février 1856 au 27 janvier 1857. 11 m.

43 Bouet (Louis), chir. de 1re cl., d'avril 1819 à avril 1823. 48 m.

44 † Bonenfant, chir. de 3e cl., du 28 juillet 1862 au 21 mai 1866, mort d'un accès pernicieux. 46 m.

45 Bonifanti (Jean-Baptiste), médecin de 2e classe, du 10 août 1861 au 1er août 1864. 36 m.

46 † Bonvoisin (François), chir. de 3e classe, du 13 septembre 1856 au 18 février 1857, mort de cachexie paludéenne. 18 m.

47 Bories (Adrien), pharm. de 3e classe, du 12 août 1843 au 1er juillet 1846, parti en congé de convalescence. 35 m.

48 Borius (Alfred), chir. de 2e cl., du 1er juillet 1860 au 1er août 1863, et médecin de 1re cl., du 2 décembre 1871 au 18 octobre 1872, parti en convalescence, revenu en avril 1873. 56 m.

49 † Boucher (Jules), médecin de 2e cl., du 10 juillet 1864 au 21 août 1865, mort d'un accès pernicieux. 11 m.

50 Bourgarel (Adolphe), méd. principal, du 21 décembre 1872. 13 m.

51 Bourgarel (Auguste), chir. de 2e classe, du 1er mars 1844 au 12 février 1847, rentré en convalescence. 35 m.

52 † Bourgarel (Marie), médecin de 2e classe, du 16 décembre 1867 au 20 février 1870, noyé pendant une expédition dans le haut Sénégal. 26 m.

53 Bourillet (Marie), aide-médecin, du 20 avril 1873. 8 m.

54 Bourra (Joseph), chirurgien de 3e classe, du 26 janvier 1860 à février 1863. 36 m.

55 Bourse (Fr.), chir. de 1re cl., du 17 août 1861 à mars 1865. 42 m.

56 Boyé (Ernest), aide médecin, du 17 avril 1872. 20 m.

57 Bretagne (Joseph), chirurgien de 3e classe, du 15 décembre 1855 au 15 avril 1860. 52 m.

58 † Broquier (Victor), chir. de 2e cl., d'avril 1819 à avril 1830, mort à Bakel. 12 m.

59 Brusson (Aug.), chir. de 2e cl., du 5 juillet 1855 au 10 sept. 1857, congé de convalescence pour hépatite, démissionnaire par raison de santé. 26 m.

60 † Busseuil (François), pharmacien de 1re classe, du 1er avril 1831 au 5 juin 1835, mort à Saint-Louis. 50 m.

61 Butel (Henri), pharmacien de 3e classe, du 10 juillet 1866 au 24 juillet 1869. 36 m.

C

62 Calvé (François), chir. de 1re cl., d'avril 1819 à février 1836, quatre congés de six mois dans l'intervalle. 180 m.

63 Calvé (Prosper), chirurgien de 3e cl., puis de 2e cl., d'avril 1819 à juin 1824, du 8 mai 1833 au 22 septembre 1835, convalescent, de février 1836 à juin 1839, rentré en France convalescent d'hépatite suppurée. 129 m.

64 Caradec (Jules), médecin de 3e cl., puis de 2e cl., du 10 janvier 1864 au 13 mars 1867, du 16 décembre 1867 à août 1869, convalescent. 59 m.

65 † Carof (Louis), médecin de 2e cl., du 26 mars 1846 au 13 février 1847, mort. 11 m.

66 Cartron (Hippolyte), méd. de 2e cl., du 2 janv. 1869 à juin 1869. 6 m.

67 Cassan (François), médecin de 3e classe, du 16 décembre 1867 au 19 mars 1871. 39 m.

68 Castel (François), chir. de 3e classe, du 26 juillet 1844 au 15 décembre 1848. 53 m.

69 Catel (Blaise), chir. de 1re cl., d'avril 1819 à avril 1832, trois congés de six mois. 132 m.

70 Cauvin (Auguste), méd. de 1re cl., d'août 1862 au 8 juin 1867. 58 m.

71 Cauvin (Ch.), méd. de 2e cl., du 10 juillet 1865 à août 1868. 36 m.

72 Cedont (Jules), méd. de 1re cl., de janvier 1864 à janvier 1868. 48 m.

73 Cerf-Mayer (Jules), chirurgien de 3e cl., du 3 septembre 1852 à septembre 1855. 36 m.

74 Chabbert (Alph.), chir. de 2e cl., du 10 août 1861 à août 1864. 36 m.

75 Chalmé (Nicolas), pharmacien de 2e classe, du 25 avril 1870 au 29 mai 1873. 37 m.

76 † Charbonnier (Gustave), chirurgien de 2e cl., du 16 février 1852 au 18 septembre 1853, mort à Bakel, d'hépatite. 19 m.

77 † Charbounié (Léon), chir. de 3e cl., puis de 2e cl., du 12 juin 1858 à juillet 1861, d'avril 1864 à mars 1866, tué au combat de Paouos. 46 m.

78 Charmasson, chir. de 3e cl , de janvier à octobre 1841. 8 m.

79 Chassaniol (Charles), chir. de 2e cl., puis de 1re, puis médecin en chef, du 20 août 1835 au 9 mai 1837, convalescent ; du 2 décembre 1838 au 6 février 1839 ; du 16 décembre 1850 au 10 février 1852, convalescent ; d'octobre 1859 à octobre 1861, convalescent. 75 m.

80 Chassaniol (Charles), médecin de 3e classe, du 10 juillet 1864 à août 1867. 37 m.

81 Chastang (Elie), médecin de 2e classe, du 10 juillet 1859 au 15 mars 1862. 33 m.

82 Chaumeil (Arthur), médecin de 2e cl., du 10 juillet 1864 au 5 janvier 1868. 42 m.

83 Chaze (Ernest), pharm. de 1re cl., du 15 septembre 1857 à septembre 1860. 38 m.

84 Chevé (Emile), chirurgien de 2e classe, du 15 novembre 1828 au 5 juin 1831. Ce Chevé est le propagateur de la méthode de musique qui porte son nom. 32 m.

85 Chevrier (Jean), chirurgien de 2e classe, du 18 août 1844 au 10 février 1852. 90 m.

86 Claris (Joseph), chir. de 3e cl., du 22 janvier 1867 au 13 mars 1867, convalescent, du 14 janvier 1868 au 15 octobre 1870. 33 m.

87 Clouet (Alfred), chir. de 2e cl., du 3 septembre 1852 au 16 mai 1856, convalescent. 42 m.

88 Costet (Jacques), chir. de 1re cl., de janvier 1826 à février 1831, convalescent de janvier 1832 à avril 1834. 88 m.

89 † Coulomb, méd. de 2e cl., du 6 février 1862 à janvier 1863, mort de fièvre jaune à Assinie. 11 m.

90 Courtin (Jean), chirurgien de 3e cl., du 26 janvier 1857 au 20 octobre 1858. 21 m.

91 Coutance (Eugène), pharm. de 3e cl., puis de 2e cl., du 11 mai 1863 au 28 juin 1866, du 22 juillet 1869 à septembre 1872. 73 m.

92 Couillandre, médecin de 2e cl., du 25 juillet 1069 à octobre 1871, convalescent d'avril 1872 à avril 1873. 39 m.

93 Cros, chir. de 2e cl., 1866, convalescent. 5 m.

94 † Crouzet (Joseph), méd. de 2e classe, du 11 juillet 1862 au 23 juillet 1863, mort de dysentérie en descendant de Médine. 12 m.

95 Cunisset (Edgard), pharmacien de 3e classe, du 26 avril 1660 au 1er juin 1863. 37 m.

D

96 † Dagorne (Henri), chir. de 3e cl., du 10 juillet 1861 à décembre 1661, mort en France, en janvier 1862, d'intoxication saturnine, paralysie et encéphalopathie. 5 m.

97 Danguillecourt, chir. de 1re cl., d'avril 1853 à juillet 1854. 14 m.

98 Daniel (Jules), méd. de 3e cl., puis de 2e cl., du 10 septembre 1866 au 24 janvier 1870, du 1er octobre 1870 à août 1872, convalescent. De décembre 1872. Présent en octobre 1873. 76 m.

99 Dauphin (Augustin), chir. de 3e cl., d'avril 1819 à juin 1822. 38 m.

100 † Dauvin (André), chir. de 2e classe, du 5 juillet 1855 au 8 mai 1856, convalescent, mort en arrivant en France de phthisie pulmonaire. 10 m.

101 † Davant (Constant), chir. de 3e classe, du 20 février 1856 au 24 juillet 1856, mort d'un coup de feu. 5 m.

102 Daver (Louis), pharm. de 1re cl., de mars 1845 à décembre 1845, convalescent. 8 m.

103 Décugis (Marius), pharm. de 1re cl., du 28 janvier 1856 à mars 1860, convalescent dans l'intervalle. 37 m.

104 Defaut (Clément), médecin de 2e classe, du 5 janvier 1869 au 18 avril 1872. 39 m.

105 De Fayolle, chir. de 3e cl., du 26 janv. 1857 au 22 novembre 1858, convalescence. 21 m.

106 Degorce (Marc), ph. de 3e cl., du 4 mai 1857 au 15 mai 1860. 36 m.

107 † Dejon (François), pharm. de 3e cl., du 10 juillet au 4 août 1830, mort de fièvre jaune à Gorée. 1 m.

108 Delassalle (Charles), chirurgien de 3e cl., du 20 novembre 1846 au 26 mars 1850. 40 m.

109 † Delecluse (Charles), chir. de 3e cl., du 1er avril 1827 au 31 octobre 1829, convalescent, revenu le 13 septembre 1830, mort de fièvre jaune à Saint-Louis, le 22 septembre 1830. 30 m.

110 Delessart (Albert), aide médecin, du 22 juillet 1869 au 3 septembre 1872. 38 m.

111 Delord (Arnaud), chir. de 3e cl., puis de 2e cl., du 11 juin 1834 au 3 mai 1838, et du 21 novembre 1841 au 5 août 1845. 91 m.

112 Delorisse (Eugène), chir. de 2e cl., du 18 janvier 1859 au 9 septembre 1860, convalescent et mis en disponibilité pour infirmités temporaires. 20 m.

113 Delpeuch (Auguste), chir. de 2e cl., du 10 juillet 1859 au 14 juillet 1862. 36 m.

114 Delussay (Martial), chirurgien de 3e cl., du 30 mars 1824 à décembre 1824. 8 m.

115 Denoix (Albert), chirurgien de 3e classe, du 25 juillet 1857 au 9 mars 1859. 21 m.

116 De Nozeille (Pierre), pharm. de 1re cl., du 9 septembre 1862 au 28 mai 1865, convalescent. 33 m.

117 Dolieulle (Pierre), chirurgien de 3e cl., du 11 juin 1831 au 1er juillet 1836. 60 m.

118 Doré (Marie), chirurgien de 2e classe, du 16 juillet 1858 au 21 août 1861. 37 m.

119 Doué (Jean-Baptiste), médecin de 2e classe, du 10 juillet 1866 au 19 mai 1870. 45 m.

120 Doué (Pierre), médecin de 2e classe, du 26 janvier 1857 au 15 avril 1860. 40 m.

121 Dubois (Erasme), chirurgien de 2e cl., du 5 janvier 1869 au 16 février 1872. 37 m.

122 † Dudon (Alphonse), chir. de 3e cl., du 20 juin 1830 au 12 octobre 1830, mort de fièvre jaune à Saint-Louis. 3 m.

123 Dumage, médecin de 2e classe, d'avril 1819 à mai 1820, convalescent. 13 m.

124 Dumay (Auguste), méd. de 2e cl., du 6 janvier 1867 au 22 septembre 1868. 20 m.

125 † Dumet (Charles), chir. de 2e cl., de février 1855 au 16 juillet 1855, mort à Dabou, d'accès pernicieux. 5 m.

126 Dumont, méd. de 2e cl., de février à octobre 1866. 9 m.

127 Dumoutier (Louis), chir. de 2e cl., de février 1831 au 24 janv. 1832 et du 2 février 1833 au 18 mars 1837. 60 m.

128 Dupé, chir. de 3e cl., du 30 novembre 1858 au 9 mars 1859. 3 m.

129 Dupuis (Henri), chir. de 3e cl., du 13 mars 1836 au 12 août 1839, du 16 décembre 1840 au 16 mai 1841, convalescent du 2 mars 1842 au 12 août 1844, convalescent du 25 avril 1855 au 27 décembre 1848, prend sa retraite à Gorée et y meurt d'hépatite. 120 m.

130 Duveau (Noël), pharm. de 3e cl., puis de 2e cl., du 1er janvier 1843 à mars 1846, de juillet 1851 à octobre 1854. 76 m.

131 Duverger, méd. de 2e cl., de janv. à juin 1839, convalescent. 6 m.

E

132 Eléouet (François), pharm. de 3e cl., du 5 février 1831 à juin 1832, convalescent. 17 m.

133 Etienne (Clément), médecin de 2e classe, du 13 février 1863 au au 1er mars 1866. 36 m.

134 Eyssautier (André), médecin de 2e cl., du 10 juillet 1865 à septembre 1868. 37 m.

F

135 Fabre (Pierre), chir. de 3e cl., de juin 1826 au 4 décembre 1827, du 5 janvier 1829 au 18 juin 1832, de mai 1833 à mai 1834, convalescent. 46 m.

136 Foll (Augustin), chir. de 3e cl., du 8 avril 1840 au 13 mai 1841. 13 m.

137 Fontaine (Constant), pharm. de 1re classe, du 5 novembre 1845 au 26 juin 1849. 43 m.

138 Forné (Fortuné), chirurgien de 2e cl., du 10 août 1859 au 14 juillet 1862. 35 m.

139 Franc (Alexandre), méd. de 2e cl., du 11 juillet 1862 convalescent, et de 1865 au 28 avril 1866. 37 m.

140 Fricker (Henri), méd. de 2e cl., du 3 mai 1870 au 29 janvier 1873, convalescent. 33 m.

141 Froment (Jean), médecin de 2e classe, du 10 juillet 1864 à février 1868. 40 m.

G

142 Gaston, chirurgien de 2e classe, de 1852 à 1855. 37 m.

143 Gauche, pharm. de 3e cl., du 2 juin 1840 au 22 février 1843. 31 m.

144 Gaultier de la Ferrière, chirurgien de 3e cl., du 5 août 1855 au 27 août 1856, convalescent. 12 m.

145 Gautrau (Louis), chir. de 1re cl., du 5 mars 1842 au 2 avril 1844, convalescent. 24 m.

146 Genner (Raphael), pharmacien de 3e classe, du 10 mars 1854 à mai 1857. 37 m.

147 Gestin (Robert), chirurgien de 2e classe, du 22 février 1856 au 31 mars 1859. 37 m.

148 Gillet (Paul), chir. de 3e cl., puis de 2e cl., du 5 juillet 1855 au 16 août 1858, du 10 juillet 1859 au 14 juillet 1862, blessé dans une expédition, convalescent. 73 m.

149 Girard (Charles), chir. de 2e cl., puis de 1re cl., de mars 1852 à septembre 1855, d'octobre 1869 à janvier 1870. 40 m.

150 Giraud de la Montagne, chirurgien de 3e cl., de février 1846 à janvier 1849. 35 m.

151 Giraud (Léon), chir. de 3e cl., de mai 1837 à avril 1840. 35 m.

152 Godefroi (Adolphe), chir. de 3e cl., d'août 1853 à août 1856. 36 m.

153 Golfier, chirurgien de 3e cl., de 1841 à 1842. 15 m.

154 Gorrin (Pierre), chirurgien de 3e cl., du 15 octobre 1829 au 13 février 1831, convalescent du 14 janvier 1832 à 1833. 36 m.

155 † Gouez (Ernest), chir. de 2e cl., du 13 août 1861 au 28 mai 1863, convalescent, mort peu après sa rentrée en France, d'hépatite. 21 m.

156 Gouin (François), chirurgien de 2e classe, du 12 mars 1846 au 12 août 1849. 41 m.

157 † Granboulan (Pierre), chirurgien de 3e cl., du 10 juillet 1866 à octobre 1867, mort de fièvre jaune à Gorée. 15 m.

158 † Gras (Louis), chirurgien de 2e cl., du 1er octobre 1824 à juin 1825, mort d'une fièvre épidémique. 9 m.

159 Gueit (Joseph), chirurgien de 2e cl., du 1er mars 1844 au 12 octobre 1847. 43 m.

160 Guerguil (Marie), chirurgien de 2e classe, du 18 janvier 1859 au 15 mars 1862. 38 m.

161 Guérin, chirurgien de 3e cl., du 20 août 1853 à juin 1854. 9 m.

162 Guérin-Menneville (Isidore), chir. de 3e cl., du 23 mai 1848 au 12 février 1852. 45 m.

163 Guichet (Constant), chirurgien de 3e cl., du 15 décembre 1855 au 8 avril 1857. 15 m.

164 Guillet (Félix), chir. de 3e cl., du 28 janvier 1841 au 8 avril 1841, convalescent. 2 m.

165 Guillou (Alexis), chirurgien de 3e cl., du 19 juillet 1856 au 4 octobre 1856. 3 m.

166 Guignard (Osmond), chirurgien de 3e classe, du 16 avril 1839 au 19 mars 1842. 35 m.

H

167 Hamon (Charles), aide-médecin, du 3 février 1872 à la fin de 1873. 23 m.

168 Hellaine (Edmond), chirurgien de 3e cl., du 24 décembre 1869 au 29 avril 1873, mort d'abcès du foie quelques mois après son retour en Europe. 40 m.

169 Héraud (Auguste), pharm. de 1re cl., du 2 mars 1860 au 6 octobre 1861. 18 m.

170 Hernault (Auguste), chirurgien de 2e cl., du 13 décembre 1854 au 25 avril 1859. 52 m.

171 Herpe (Félix), chir. de 1re cl., du 16 décembre 1838 au 20 novembre 1840, convalescent. 23 m.

172 Hervé (Pierre), chir. de 3e cl., du 28 sept. 1839 à octobre 1840, convalescent. 13 m.

173 † Hombron (Jacques), méd. en chef, du 27 juillet 1851 au 30 août 1852, mort de dysentérie pendant son voyage de retour. 13 m.

174 † Huard-Baissinière (Paul), pharm. de 2e cl., puis de 1re cl., de novembre 1832 au 1er septembre 1837, du 3 avril 1839 à octobre 1844, mort à Saint-Louis d'abcès du foie en revenant d'un voyage d'exploration dans le haut Sénégal. 124 m.

175 Huard (Joseph), chirurgien de 2e cl., du 29 juillet 1855 au 16 décembre 1859. 52 m.

I

176 † Imbert (Pierre), chir. de 3e cl., du 16 février 1866 au 20 avril 1867, tué au combat de Tiafat, près Kaolak.

J

177 Jacques (Alexis), pharmacien de 3e classe, du 5 avril 1864 au 19 mai 1867. 37 m.

178 Jacquinot, chir. de 3e classe, de février à octobre 1848, convalescent. 8 m.

179 Jean (Adrien), chir. de 2e cl., du 25 décembre 1858 à octobre 1861, convalescent. 33 m.

180 Jehanne (Charles), médecin de 1re classe, du 5 janvier 1869 à décembre 1871. 37 m.

181 Jennevin (Louis), médecin de 2e cl., du 5 janvier 1869 au 16 février 1872. 37 m.

182 † Joly (Edmond), chirurgien de 3e classe, du 18 avril 1826 au 20 décembre 1826, mort. 8 m.

183 Jonon (Guy), chir. de 2e cl., du 8 mars 1849 au 10 févr. 1852. 35 m.

184 Joubert (Lucien), chir. de 3e classe, du 3 septembre 1859 à octobre 1862. 36 m.

185 Jubelin (Paul), médecin de 2e classe, du 11 juillet 1862 au 28 juillet 1865. 36 m.

186 Jubiot (Ferdinand), chir. de 2e classe, du 31 mars 1844 au 12 février 1847, convalescent. 35 m.

187 Julien (Antoine), pharmacien de 2e classe, du 30 août 1841 au 21 août 1845. 36 m.

K

188 Kermorvant (Gabriel), médecin de 2e cl., du 4 mars 1872. 22 m.

L

489 Lajoux (André), chirurgien de 2e classe, du 18 janvier 1854 au 8 avril 1857. 39 m.
490 Latière (Joseph), médecin de 2e classe, du 16 décembre 1867 au 7 mars 1869. 17 m.
491 Leberre, chirurgien de 2e cl., du 15 juillet 1847 au 18 août 1847, convalescent. 1 m.
492 † Le Bouvier (Jacques), chir. de 2e cl., du 28 février 1857 au 28 octobre 1857, mort de fièvre bilieuse mélanurique à Podor. 8 m.
493 Le Breton (Jules), médecin de 2e cl., du 14 mars 1866 au 26 juillet 1869. 40 m.
494 Le Bunnetel, médecin de 2e classe, du 16 décembre 1867 au 7 mai 1869. 17 m.
495 Le Coniat (Félicien), chir. de 3e cl., du 26 février 1849 au 26 novembre 1850, convalescent du 3 janvier 1852 à mars 1854. 35 m.
496 Ledigon (Eug.), chir. de 2e cl., du 12 juin 1858 à juillet 1861. 36 m.
497 Legrain, chir. de 2e cl., du 14 août 1849 à septembre 1852. 37 m.
498 Leguellant (Pierre), chir. de 3e cl., du 14 août 1849 au 4 août 1852, convalescent. 36 m.
499 Le Hir (Lucien), chir. de 2e cl., du 26 février 1849 au 16 mai 1852, convalescent. 39 m.
200 Lejeune, pharm. de 2e cl., de 1867 à 1869, convalescent. 18 m.
201 † Lelarge (Mathurin), méd. de 2e cl., du 10 janvier 1865 à août 1865, convalescent pour hépatite, revenu à la colonie en février 1866, mort le 16 octobre 1867, de fièvre jaune à Podor. 30 m.
202 † Lelièvre (Léon), méd. de 2e cl., du 10 juillet 1865 au 2 juin 1868, du 16 décembre 1868 au 20 avril 1871, mort à Médine, de variole. 55 m.
203 Lenourichel (Thomas), médecin de 2e classe, du 8 janvier 1869 au 15 novembre 1870. 22 m.
204 Léonard (Alfred), médecin de 2e cl., du 11 juillet 1862 au 28 juillet 1865. 36 m.
205 Le Petit (Paul), médecin en chef, du 12 juin 1855 au 7 mai 1858, convalescent. 35 m.
206 † Lépine (Justin), pharm. de 1re cl., du 10 septembre 1866 au 30 septembre 1867, mort de fièvre jaune à Saint-Louis. 12 m.
207 Lepord (Eugène), chir. de 3e cl., du 27 février 1854 au 10 novembre 1856, convalescent. 34 m.
208 Leprieur, pharm. de 3e cl., du 14 août 1824 au 3 juin 1829. 58 m.
209 † Lequerré (Jean), méd. de 2e cl., du 11 juillet 1863, mort d'accès pernicieux à Bakel, le 2 avril 1864. 9 m.
210 Lestrille (Jean), chirurgien de 2e classe, du 26 août 1853 au 22 mars 1857. 31 m.
211 Letourneau (Charles), chirurgien de 3e cl., du 24 décembre 1869 au 19 mars 1873. 39 m.

212 † Leven, chir. de 3e cl., du 13 mars 1851 à septembre 1852, mort de fièvre jaune à Grand-Bassam. 18 m.

213 Leydeker, aide-médecin, d'octobre 1873. 3 m.

214 † Leydet (Jean), chir. de 2e cl., du 15 mars 1849 au 29 décembre 1849, mort d'accès pernicieux à Grand-Bassam. 9 m.

215 Lhelgouach (Adolphe), méd. de 2e cl., du 6 février 1862 au 17 janvier 1865. 36 m.

216 † L'hostis, chir. de 2e cl., de 1822 à 1825. 30 m.

217 † Loiseau, chir. de 2e cl., du 4 août 1850 au 23 février 1853, mort à Crand-Bassam, de dysentérie. 30 m.

218 Loupy (Perticoz), chirurgien de 2e cl., du 12 juin 1858 au 2 octobre 1861. 39 m.

219 Louvet, pharm. de 3e cl., de juillet 1864 à août 1867. 39 m.

220 Luzet (Marie), chir. de 2e cl., du 17 juillet 1856 au 25 juin 1859. 36 m.

221 Lyon (Eugène), pharmacien de 3e classe, du 31 janvier 1861 au 28 mars 1864. 38 m.

M

222 Mac-Auliffe (Jean), chir. de 3e cl., du 18 juillet 1856 au 12 janvier 1859. 30 m.

223 Machenaud (Paul), chir. de 3e cl., du 17 février 1831 au 19 janvier 1832. 11 m.

224 † Machisot de Clairval, méd. de 3e cl., du 16 août 1868 au 24 mai 1869, mort du choléra à Bakel. 9 m.

225 Mahé (Jacques), chirurgien de 2e cl., du 16 juillet 1858 à septembre 1860. 26 m.

226 Maissin (Louis), médecin de 2e cl., du 16 décembre 1867 au 15 février 1871. 38 m.

227 Malespine (Joseph), pharmacien de 2e cl., d'août 1854 au 4 octobre 1857. 38 m.

228 Mannet (Timoléon), chir. de 1re cl., du 30 avril 1849 au 15 avril 1850, convalescent, et du 20 janvier 1852 au 4 février 1854. 36 m.

229 Marc (Jacques), chir. de 3e cl., du 18 mars 1842 au 1er déc. 1843, convalescent; rentré définitivement le 18 août 1845. 36 m.

230 Margain (Jules), chir. de 1re cl., du 1er mars 1852 à avril 1856. 49 m.

231 Marion (Aug.), chirurgien de 3e classe, du 6 septembre 1856 au 6 août 1859. 35 m.

232 † Maricotte (Pierre), chir. de 3e classe, du 22 octobre 1869 au 5 juillet 1870, mort d'accès pernicieux à Gorée. 9 m.

233 Mariteau (Jacques), pharm. de 2e cl., d'avril 1819 à mai 1824. 37 m.

234 † Mariteau (Alexandre), pharm. de 2e classe, de mai 1824 au 8 octobre 1826, mort à Saint-Louis. 29 m.

235 † Marres (Pierre), chir. de 3e cl., du 10 juillet 1823, mort à Bakel, le 19 novembre 1829. — En janvier 1829, il avait été envoyé à Bakel pour remplacer M. Mauffras, décédé, et il avait été obligé de faire la route à pied depuis Saldé. 75 m.

236 † Marquiseau (François), méd. en chef, du 29 avril 1849 au 18 octobre 1850, mort à Saint-Louis, de dysentérie. 18 m.
237 Martialis-Mérault, méd. de 3e cl., de 1853 à 1854. 12 m.
238 Martin (Jean), aide-médecin, du 20 avril 1873, y était le 31 décembre 1873. 8 m.
239 Martin (Jules), chir. de 2e cl., du 16 juillet 1858 au 20 août 1861, convalescent. 37 m.
240 † Masson (Jean), pharm. de 2e cl., de 1829 à juin 1830, mort de fièvre jaune à Gorée. 12 m.
241 † Mauffras (Jean), chir. de 3e cl., du 18 février 1827 au 21 novembre 1828, mort au poste de Bakel. 20 m.
242 † Masson (Jean), chir. de 2e classe, du 24 février 1846 au 18 décembre 1847, mort au Gabon. 22 m.
243 † Maurel (François), méd. de 1re cl., du 16 décembre 1867 à 1869, convalescent, mort du choléra, le 19 août 1869, en revenant d'Europe à Saint-Louis. 16 m.
244 Maurin (François), méd. de 2e classe, du 3 mai 1870 au 29 décembre 1873. 42 m.
245 Maury (Pierre), du 15 octobre 1870 au 27 décembre 1871, convalescent. 14 m.
246 † Mége, chir. de 2e cl., du 6 février 1862, mort à Sénondébon, d'accès pernicieux, le 15 mars 1863. 13 m.
247 Menu-Dessables, chir. de 2e cl., de 1834 à 1836, de 1840 à décembre 1842, du 2 juillet 1843 au 11 septembre 1843, convalescent, du 5 novembre 1843 au 28 octobre 1844, convalescent, du 13 mai 1845 au 30 mai 1846, convalescent, du 15 juin 1847 au 4 septembre 1848, prend sa retraite dans le pays et y meurt en 1849. 90 m.
248 Mercurin (Paul), méd. de 2e cl., du 10 juillet 1865 au 28 septembre 1865, convalescent. 2 m.
249 Mery (Antoine), médecin de 1re classe, du 10 juillet 1867 au 7 mars 1869. 20 m.
250 † Mesleard (François), chir. de 3e cl., du 26 février 1858 à novembre 1859, mort de fièvre jaune à Gorée. 21 m.
251 Michel (Joseph), méd. de 2e cl., du 13 février 1866 à 1869. 37 m.
252 Mittre (Gabriel), pharm. de 2e cl., du 6 mai 1845 au 22 juin 1848, convalescent. 37 m.
253 Molle (Léon), méd. de 2e cl., de janvier 1873. 12 m.
254 Mondière (Alfred), médecin de 2e classe, du 12 juin 1858 au 22 août 1861. 38 m.
255 Mongrand (Pierre), chir. de 1re classe, du 24 mars 1850 au 13 juillet 1851. 16 m.
256 † Morani, pharm. de 2e cl., du 7 juillet 1826 au 13 septembre 1830, mort de fièvre jaune à Saint-Louis. 50 m.
257 † Mordant (Jean), chir. de 3e classe, du 16 août 1829 au 12 septembre 1830, mort de fièvre jaune à Saint-Louis. 13 m.

258 Moreau (Etienne), méd. de 2e cl., du 10 juillet 1864 au 13 mars 1867, convalescent. 32 m.

259 Moreau (Nicolas), chirurgien de 3e cl., du 25 septembre 1859 au 28 août 1865. 72 m.

260 † Morel (Nicolas), chir. de 3e classe, du 1er mars 1822 au 31 décembre 1823, mort. 21 m.

261 Morio (Emile), pharm. de 2e classe, puis de 1re cl., du 15 novembre 1860 au 2 décembre 1863, et du 22 novembre 1867 au 5 août 1871. 83 m.

262 Mory (Pierre), chirurgien de 3e cl., du 10 janvier 1858 à mai 1859, convalescent. 17 m.

263 † Moufflet (Eugène), méd. en chef, du 13 février 1866 au 1er octobre 1866, mort d'accès pernicieux à Saint-Louis. 7 m.

264 Moullet (Jean), chirurgien de 2e cl., du 29 août 1853 au 22 novembre 1858. 63 m.

265 Mounerot, méd. de 2e cl., du 10 janv. 1864 au 3 févr. 1867. 37 m.

266 Mouraille (Louis), chir. de 2e cl., d'avril 1819 au 3 juillet 1823. 51 m.

267 Moutte (Honoré), aide médecin, du 15 octobre 1870 au 15 octobre 1873. 36 m.

N

268 Nedelec du Verger (Edouard), chir. de 2e cl., du 10 avril 1838 au 26 juin 1839. 14 m.

269 † Noguès (Paul), chir. de 2e classe, du 13 août 1861 au 23 mai 1863, convalescent, mort en France, d'hépatite suppurée. 21 m.

270 Nouet (Ange), chirurgien de 2e cl., du 18 juin 1840 au 1er décembre 1843. 41 m.

O

271 † Ouadot (Félix), chirurgien de 3e classe, du 21 juin 1827 au 21 août 1828, mort. 14 m.

272 Odoyé (Louis), chir. de 3e cl., du 11 oct. 1848 à mars 1853. 51 m.

273 O'Neill (Jean-Marie), chir. de 2e classe, du 13 août 1861 au 1er novembre 1864. 39 m.

274 O'Neill (Paul), chirurgien de 3e cl., puis de 2e cl., du 13 août 1861 à août 1864, de février 1866 à mars 1869. 73 m.

275 † Ouitre (Charles), chir. de 3e classe, du 5 novembre 1843 au 27 janvier 1844, mort. 3 m.

P

276 Pape (Lucien), pharm. de 2e cl., du 15 février 1873. 11 m.

277 Paul (Toussaint), chir. de 2e cl., du 18 août 1858 au 28 juin 1860, convalescent, mort de phthisie pulmonaire pendant son congé prolongé. 22 m.

278 † Payen (Henri), aide-médecin, du 24 juillet 1869 au 28 mai 1872, mort d'accès pernicieux à Boke. 33 m.

279 Petit (Louis), méd. en chef, du 20 avril 1853 à juillet 1854, convalescent. 15 m.

280 Petit (Julien), chir. de 2e cl., du 10 avril 1838 au 26 juin 1839. 14 m.

281 Peyre-Ferri (Victor), chir. de 3e classe, du 9 juillet 1842 au 5 octobre 1846, convalescent à la suite d'un voyage dans le haut Sénégal et la Falemé. 51 m.

282 Philippeaux (Joachim), chir. de 1re classe, du 7 novembre 1845 au 2 mars 1850. 52 m.

283 Pichaud, pharm. de 2e cl., du 14 avril 1850 au 22 août 1851. 16 m.

284 Pichez (Louis), chir. de 3e classe, du 10 janvier 1863 au 28 février 1866. 37 m.

285 † Pierre, chir. de 3e cl., du 24 juin 1857 au 7 novembre de la même année, mort d'accès pernicieux. 4 m.

286 † Pillerault (Marie), méd. de 2e classe, du 10 juillet 1864 à juin 1866, mort de cachexie paludéenne en rentrant en France. 23 m.

287 Pipy (Félix), chir. de 3e cl., du 28 déc. 1850 au 15 août 1853. 32 m.

288 Plagne, pharm. de 3e classe, de 1837 à 1839. 24 m.

289 Pommier (Charles), chirurgien de 2e classe, du 26 février 1858 à mars 1860. 24 m.

290 Pouplin (Casimir), chirurgien de 3e classe, du 20 juin 1830 au 5 juin 1835. 60 m.

291 Prevôt (Louis), aide-médecin, du 15 février 1873, présent à la fin de l'année. 10 m.

292 Primet (Georges), aide-médecin, du 2 mai 1872, présent à la fin de 1873. 20 m.

293 Pros (Eugène), chir. de 2e cl., du 9 fév. 1843 au 18 fév. 1846. 36 m.

294 † Puget (Alphonse), chir. de 3e cl., du 14 février 1831 au 21 mai 1832, mort. 15 m.

Q

295 Quemard, chirurgien de 3e classe, du 27 décembre 1842 au 18 janvier 1845. 25 m.

296 Quincé (Raymond), d'avril 1819 au 14 mai 1822. 37 m.

297 Quintin (Louis), chir. de 3e cl., puis de 2e cl., du 10 juillet 1859 au 14 juillet 1862, du 11 juillet 1863 au 28 juin 1866. 73 m.

R

298 Rabuan (Eugène), chir. de 3e classe, du 12 mai 1839 au 20 novembre 1841, convalescent. 31 m.

299 Régi (Léon), médecin de 2e cl., de juin 1873, présent à la fin de l'année. 6 m.

300 Reymonenq (Prosper), chirurgien de 3e classe, du 25 juin 1857 au 2 juin 1863. 71 m.

301 † Reynaud, médecin de 2e classe, mort en 1819 à Bakel. 7 m.

302 Ricard (François), chir. de 2e cl., du 14 août 1850 à avril 1854, du 11 juin 1858 au 10 mars 1859, convalescent de février 1860 à mars 1862. 73 m.

303 Richard (Jules), médecin de 2e classe, du 10 juin 1865 au 5 janvier 1868. 36 m.

304 Richard (Louis), chir. de 3e cl., du 21 novembre 1841 au 23 octobre 1844. 35 m.

305 Ridoret, chir. de 3e classe, du 30 mars 1839 au 8 juin 1841, convalescent. 26 m.

306 Rigubert (Félix), méd. de 2e cl., du 15 février 1873, présent à la fin de l'année. 11 m.

307 Roche (Paul), chirurgien de 3e classe, du 18 juillet 1856 au 4 juillet 1859. 36 m.

308 Rolland (Gustave), médecin principal, du 5 septembre 1869 au 18 novembre 1872. 38 m.

309 † Roubaud (Emile), méd. de 1re classe, du 15 février au 5 juin 1873, convalescent, mort d'encéphalite en arrivant en France. 4 m.

310 Roux (Adolphe), chirurgien de 2e classe, du 13 août 1861 au 1er août 1864. 35 m.

311 Rousse (Camille), méd. de 2e cl., du 10 juillet 1864 au 13 mars 1867, convalescent. 32 m.

312 Roux (César), méd. de 2e cl., du 10 juin 1864 au 7 septembre 1868, du 5 mars 1869, présent à la fin de 1873. 95 m.

313 Roux (Emile), pharmacien de 2e classe, du 9 novembre 1863 au 13 mars 1867. 41 m.

314 Roux (François), chir. de 2e cl., du 25 avril 1838 au 31 oct. 1839, convalescent. 18 m.

315 Roy (Antoine), chirurgien de 3e cl., de février à juin 1837, convalescent. 4 m.

316 Rulland (Julien), chirurgien de 2e cl., puis médecin principal, du 1er mars 1852 au 1er septembre 1855, du 13 décembre 1867 au 16 mai 1871. 82 m.

S

317 Sabail (Paul), aide-médecin, du 3 février 1872, présent à la fin de 1873. 22 m.

318 Saffre (Justin), méd. de 2e classe, du 16 décembre 1867 au 16 juillet 1871. 41 m.

319 Salis (Philippe), chir. de 2e classe, du 10 juillet 1855 au 4 septembre 1858. 38 m.

320 † Salva (Adolphe), chirurgien de 1re cl., puis médecin en chef, du 21 juin 1840 au 4 septembre 1843, du 11 octobre 1844 au 5 avril 1847, du 23 janvier 1848 au 2 octobre 1848, mort à Saint-Louis, d'hépatite. 77 m.

321 Salaün (Louis), chir. de 2e cl., du 4 mai 1854 au 16 avril 1856. 23 m.

322 † Sandemoy-Dulac (Jean-Baptiste), chir. de 1re cl., du 23 juin 1837 au 20 décembre 1837, mort de fièvre jaune à Gorée. 5 m.

323 Santelli (Jean-Antoine), méd. de 1re cl., du 6 janvier 1867 au 7 juillet 1868, convalescent, de mars 1869 à décembre 1871. 52 m.

324 Savina (Henri), chirurgien de 2e classe, du 3 septembre 1852 au 13 août 1855. 35 m.

325 Segard (Auguste), pharm. de 3e classe, du 24 novembre 1846 au 2 août 1849. 33 m.

326 Senelle (Pierre), chir. de 3e cl., du 16 avril 1840 au 22 mai 1841. 13 m.

327 Serès (Jean), méd. de 2e cl., puis de 1re cl., du 13 février 1863 à mai 1865, du 12 janvier 1869 à décembre 1871. 62 m.

328 Simon (Jean-Baptiste), pharm. de 1re cl., du 23 juillet 1871, présent à la fin de 1873. 18 m.

329 Simon (Henri), aide-médecin, du 2 septembre 1870, présent à la fin de 1873. 38 m.

330 Simonot (Félix), chirurgien de 3e classe, du 16 avril 1844 au 9 février 1847. 34 m.

T

331 Talmy (Jean-Baptiste), chir. de 3e cl., du 12 juillet 1862 au 28 juillet 1865. 36 m.

332 Tayau (David), chir. de 2e cl., de juin 1823 à déc. 1825. 30 m.

333 Thaly (Jacques), médecin de 1re cl., du 10 janvier 1865 au 5 janvier 1868. 36 m.

334 Théné (André), chir. de 3e cl., du 26 mai 1835 au 8 décembre 1835, convalescent. 7 m.

335 † Thèse (Jean), chir. de 1re classe, du 22 février 1856, mort en octobre 1859, de fièvre jaune à Gorée. 42 m.

336 Thierry (Pierre), chirurgien de 3e classe, du 9 avril 1843 au 12 mars 1846. 35 m.

337 † Thomas (François), chir. de 3e cl., du 20 novembre 1828, mort en mars 1829. 5 m.

338 Thoraval (Hippolyte), chir. de 3e cl., du 8 octobre 1844 au 5 décembre 1847. 37 m.

339 Thoulon (Marie), méd. de 2e cl., du 13 fév. 1866 à avril 1869. 37 m.

340 Thuilier (Eugène), pharmacien de 3e cl., du 13 décembre 1867 à mai 1868. 5 m.

341 Thevenot (Jean), chirurgien de 1re cl., du 30 avril 1836 au 25 octobre 1839. 42 m.

342 Thomas (Cyprien), chirurgien de 2e cl., du 26 janvier 1857 au 25 février 1860. 36 m.

343 Touchard (François), chirurgien de 2e classe, du 22 février 1856 au 14 avril 1859. 37 m.

344 Touchevier (Edmond), chirurgien de 3e classe, du 20 août 1853 au 21 août 1856. 36 m.

345 Tourbiez (Alphonse), chirurgien de 2e classe, du 13 août 1861 à août 1864. 36 m.

346 Trouette (Ernest), pharm. de 1re cl., du 16 septembre 1872 à février 1873. 6 m.

347 † Trouvé (Octave), méd. de 1re cl., du 5 septembre 1871, présent à la fin de 1873, mort en juillet 1874, d'hépatite suppurée. 13 m.

V

348 Vacon (Jean), pharm. de 2e cl., de mars 1827 à oct. 1828. 18 m.

349 Venturini (Pierre), pharm. de 2e cl., du 29 mai 1873, présent à la fin de l'année. 7 m.

350 Verdier (Théodore), aide-médecin, du 17 avril 1872, présent à la fin de 1873. 21 m.

351 Verse (Louis), chirurgien de 2e classe, du 26 janvier 1860 à décembre 1862. 35 m.

352 Vialet (Jean), chir. de 2e cl., du 6 février 1849 au 28 sept. 1851, du 6 janvier 1852 au 16 mars 1852. 36 m.

353 Villette (Emile), méd. en chef, du 10 juin 1863 au 28 mars 1865, convalescent. 21 m.

354 Villon (Joseph), chir. de 2e cl., du 20 janvier 1840 au 25 décembre 1841, convalescent. 23 m.

355 Vincent (Louis), médecin de 1re classe, du 24 décembre 1869 au 19 mai 1871. 17 m.

356 † Vincent (Adolphe), chir. de 2e cl., du 6 juillet 1839 au 27 décembre 1848, plusieurs fois en convalescence, démissionnaire, mort au Sénégal peu après. 80 m.

357 Viol (Claude), chir. de 2e cl., du 28 décembre 1850 au 12 décembre 1851, convalescent. 12 m.

358 Violand, chirurgien de 3e classe, 1856. 5 m.

359 Viou-Laveirière, chir. de 3e cl., du 30 septembre 1854 au 29 juillet 1855, convalescent. 10 m.

360 Vivien (Lambert), chirurgien de 3e cl., du 25 septembre 1847 au 22 avril 1851. 40 m.

X

361 † X[1]..., médecin en sous-ordre, mort de fièvre jaune à Gorée en 1830 (1). 18 m.

362 † X[2]..., médecin en sous-ordre, mort de fièvre jaune à Saint-Louis, en 1830 (1). 18 m.

Total. 11,887

$\frac{11,887}{362}$ = 33 mois de séjour moyen au Sénégal pour chaque officier de santé.

(1) Nous avons porté ces deux chiffres de 18 mois au hasard, n'ayant pas de renseignements plus précis et pour nous tenir environ dans la moyenne du temps de séjour à l'époque.

RÉSUMÉ

Maintenant que nous avons donné les noms des diverses catégories d'officiers de santé qui ont servi au cadre du Sénégal de 1819 à 1873, entrons dans quelques détails au sujet des réflexions que l'inspection des chiffres fait naître.

Mais tout d'abord je dois prévenir que, malgré tous mes efforts, mon travail est entaché de quelques erreurs qu'il m'a été impossible d'éviter, et qu'il faut avoir présentes à la mémoire pour rectifier les chiffres que nous allons avoir à présenter. Voici la cause de ces erreurs :

Je n'ai pas compris dans mon énumération, soit les médecins aides-majors des troupes, soit les médecins des navires de la station lorsqu'ils n'ont pas été détachés au cadre colonial proprement dit pendant un certain temps.

Si j'ai fait cette élimination, ce n'est pas que ces officiers de santé soient moins méritants à mes yeux, qu'ils m'aient paru courir moins de dangers, être dignes de moins d'admiration. Certes, s'il fallait parler des fatigues de ces hommes d'élite, je dirais que j'ai vu en trente mois de campagne chacun des deux avisos de la station du Sénégal changer deux fois de médecins.

Sur *l'Espadon*, par exemple, le Dr de Fornel mis hors de service par deux voyages dans les fleuves, fut remplacé par le Dr Pujo qui, arrivant plein de vigueur et de santé au Sénégal, était obligé d'en partir cachectique et ayant couru maintes fois le danger de la mort moins d'un an après.

Sur *l'Archimède*, le Dr Maillard a été mis au plus mal par une seule saison chaude et le Dr Boudet qui le remplaça fut atteint si gravement, moins de six mois après, que nous dûmes le faire partir au plus vite de la colonie.

Sur *le Phaëton*, le Dr Infernet n'a résisté pendant dix-huit mois que par une volonté plus puissante que prudente et son organisme gardera pendant longtemps, il est à craindre, les stigmates de sa pénible campagne du Sénégal.

Ce n'est donc pas parce que j'ai pensé que ces services étaient moins intéressants que ceux des médecins du cadre colonial proprement dit, que je ne les ai pas cités, c'est parce que, ces officiers de santé appartenant à une autre direction de service, je n'ai pu trouver

à l'hôpital que des renseignements incomplets sur leur compte. Si je les avais compris avec ceux dont j'ai fait l'énumération, les chances d'erreur eussent été plus grandes et c'est l'unique raison qui m'a arrêté.

Mais dans les documents du Sénégal, il n'y a pas toujours eu une distinction bien établie entre ces trois catégories d'officiers de santé, de sorte que, dans la liste générale, il y a quelques noms qui ne devraient pas y figurer. S'il y avait eu une exacte pondération entre les chances d'inscrire ainsi des officiers de santé d'une catégorie étrangère dans toutes positions qu'ils peuvent occuper dans notre étude, l'erreur eût été insignifiante, et nous aurions pu la passer sous silence : il n'en est pas ainsi. En effet, si les médecins aides-majors et les médecins des navires de la station ont passé le plus souvent inaperçus sur les registres matricules de l'hôpital de Saint-Louis, lorsqu'ils ont fait leur service colonial sans y succomber ou y réclamer un congé de convalescence, les noms de la plupart de ceux qui sont morts et une partie de ceux que le conseil de santé à déclarés malades ont été inscrits sur ces matricules, de sorte que pour être dans les chiffres exacts, il aurait fallu pouvoir éliminer un certain nombre de noms, de ces morts et de ces convalescents, chose que nous n'étions pas assuré de faire avec précision.

Dans cette occurrence, je crois que nous pouvons nous laisser aller à quelques probabilités qui, si elles ne nous donnent pas les chiffres exacts, nous approcheront très-sensiblement de la vérité. Admettons donc que les médecins des troupes ont été, depuis 1819 jusqu'à nos jours, au nombre de 26 au Sénégal et que sur ce chiffre 10 ne sont pas portés sur la liste actuelle.

Les médecins des navires ont dû être environ au nombre de 100 parmi lesquels 50 sont inscrits sur notre travail probablement. Nous supposerons que tous les morts et tous les convalescents sont portés sur notre liste, et alors nous pouvons admettre que, si nous avions inscrit tout le monde, nous aurions 422 noms au lieu de 362. Les proportions, au lieu d'être de 21 morts et 22 convalescents p. 100 du cadre, seraient de 18 morts et de 18.5 convalescents p. 100.

J'ai lieu de croire que ces chiffres sont très-voisins de la réalité, car dans le but de les vérifier j'ai fait la proportion des morts et des convalescents pendant une période de cinq ans pour laquelle j'étais parfaitement sûr de l'exactitude des divers chiffres, et je suis arrivé très-exactement au même résultat ; je m'y tiendrai donc faute de meilleures indications.

En regardant les diverses catégories d'officiers de santé que nous venons de rapporter, nous voyons d'un premier coup d'œil que la

liste de ces intéressants serviteurs de l'Etat est grandement chargée de morts et de malades. C'est qu'en effet, la maladie est venue compromettre leur existence presque à chaque instant de leur vie coloniale.

Nous avons dit que le cadre des médecins du Sénégal a donné le 18 p. 100 de morts. Voyons la répartition des diverses causes de décès :

MALADIES ÉPIDÉMIQUES.

Fièvre jaune. — Coulomb, Dejon, Delescluse, Dudon, Granboulan, Lelarge, Lépine, Leven, Masson, Mordant, Mesleard, Morani, Sandemoy, Thèze, X[1]..., X[2]. 16
Choléra. — Bernard, Machisot, Maurel. 3
Variole. — Lelièvre. 1

20
Soit 4,5 p. 100.

MALADIES ENDÉMIQUES.

Accès pernicieux. — Bavay, Blin, Boucher, Bonenfant, Dumet, Lebouvier, Lequerré, Leydet, Mariotte, Mêge, Moufflet, Payen, Pierre. 13
Dysentérie. — Crouzet, Hombron, Loiseau, Marquiseau. 4
Hépatite. — Charbonnier, Gouez, Huard, Noguez, Salva, Trouvé. . . 6
Cachexie paludéenne. — Allaux, Beliard, Feraud, Pillerault, Bonvoisin. 5
Coliques. — Dagorne. 1

29
Soit 7,6 p. 100.

MALADIES SPORADIQUES.

Phthisie. — Bompar, Dauvin 2
Autres. — Bourgarel, Roubaud. 2

4
Soit 1,0 p. 100.

TUÉS A L'ENNEMI.

Charbounié, Davant, Imbert 3
Soit 1,0 p. 100.

MALADIES INDÉTERMINÉES.

Acampo, Broquier, Busseuil, Carof, Gras, Joly, Lhostis, Mariteau, Marres, Masson, Mauffras, Morel, Ouadot, Ouitre, Pujet, Reynaud, Thomas. 17
Soit 4,0 p. 100.

Total. 73

Nous avons dû porter au nombre des maladies indéterminées, les 16 décès pour lesquels nous n'avions pas d'indications précises, mais cependant n'est-il pas infiniment probable que Broquier, — Marres, — Mauffras, — qui sont morts à Bakel, ont succombé à une maladie endémique? la moitié au moins de ceux qui sont morts à Saint-Louis ou à Gorée, sans que nous sachions, d'une manière précise, la cause du décès, a dû certainement succomber à cette classe d'affection, de sorte que nous pouvons forcer le chiffre afférent aux maladies endémiques sans crainte de nous tromper, et nous pouvons, je crois, considérer les proportions suivantes comme l'expression de la réalité :

Maladies épidémiques	4,5	p. 100
Maladies endémiques	11	»
Maladies sporadiques	1,5	»
Tués à l'ennemi	1,0	»
	18,0	p. 100 de l'effectif.

Que de tristes réflexions suggère ce tableau ! — Ici, c'est la fièvre jaune décimant une génération. Là, c'est le choléra qui marque son passage plus sévèrement sur le corps de santé que sur n'importe quelle autre agglomération européenne au Sénégal. Et c'est qu'en effet, si les idées que la science se fait sur la genèse et la nature des épidémies sont corroborées, il est facile de comprendre que les médecins soient placés au premier rang du danger en face d'elles.

Peut-on se défendre de songer que la plupart des 13 accès pernicieux portés sur ce tableau sont survenus chez des médecins détachés dans les postes, c'est-à-dire privés de la science par une triste conséquence de leur position qui les éloigne eux-mêmes des secours de la médecine pour soigner les malades comme s'ils n'étaient pas Européens comme les autres, c'est-à-dire comme si le climat ne les atteignait pas aussi sévèrement que leurs compagnons d'armes et s'ils ne devaient jamais être malades en même temps qu'ils sont médecins.

Dans ce pays où l'ennemi ne connaît pas le droit des gens, où le *vœ victis* est dans toute son horreur quand les indigènes sont victorieux, nous voyons trois médecins succomber à des coups de feu et deux ou trois autres avoir des blessures graves. Les officiers de santé de la marine n'ont-ils pas le droit de dire avec un orgueil assez chèrement acheté qu'ils partagent toutes les souffrances, tous les dangers de leurs frères d'armes des autres corps de l'armée navale ?

Qu'on ne croie pas que les proportions que nous avons adoptées soient trop élevées, au contraire elles sont en somme très-inférieures à ce qui est réellement, et, en effet, on remarquera que sur les 73 morts qui sont venus à notre connaissance 5 au plus ont eu lieu pendant la traversée de retour ou peu de semaines après l'arrivée en France, c'est donc presque seulement les décès survenus dans la colonie même dont nous avons tenu compte. Or, combien d'infortunés qui ne sont pas portés parmi nos morts n'ont-ils pas succombé aux atteintes du climat sénégambien, alors que leur constitution solide leur promettait de longs jours s'ils n'étaient pas allés s'exposer à ces influences pernicieuses de la côte occidentale d'Afrique.

Bérenguier, médecin de 1re classe, succombe dix ans après son retour en Europe à l'intoxication paludéenne qu'il avait contractée au Sénégal.

Paul, médecin de 2e classe, revient avec une phthisie pulmonaire, influencée, sinon créée de toutes pièces dans la colonie, et traîne pendant quelques années une triste existence qui s'éteint avant l'âge de trente ans.

Nogués rapporte une inflammation du foie qui a raison de sa vie à une courte échéance.

Hellaine, après avoir passé un an à Sedhiou et fait une autre corvée de quatorze mois à Backel, rentre en Europe et, désillusionné sur le service colonial, donne sa démission, se marie, s'établit dans son pays natal où tout : parents, amis, considération, fortune, lui souriait, mais il est enlevé par un abcès du foie avant même qu'une année fût écoulée depuis son retour du Sénégal.

Quelques-uns, qu'on dira plus heureux, ont conservé la vie après avoir échappé aux plus dangereux accidents d'une maladie tropicale.

C'est Brusson qui est atteint d'une hépatite si sévère, qu'il est obligé d'abandonner sa carrière au moment où il aurait pu en retirer les satisfactions et les bénéfices que son zèle lui permettait d'espérer.

C'est Amalbert, c'est Martin qui ont un abcès du foie et qui sont mis en demeure de perdre le fruit de leur labeur ou de retourner mourir dans la colonie.

Dix, vingt autres peut-être, dont nous avons perdu la trace, ont pu succomber à une maladie qui n'a eu pour origine unique que le séjour au Sénégal ou sont restés souffrants et valétudinaires des suites de l'influence du climat sévère de la côte occidentale d'Afrique.

Nous avons besoin d'entrer encore dans quelques explications

pour bien montrer tous les détails de l'existence des médecins de la marine au Sénégal, et notre exposition sera plus claire en la partageant en catégories distinctes. Parlons donc successivement et des médecins chefs de service à Saint-Louis, à Gorée, et des médecins en sous-ordre.

CHEFS DE SERVICE A SAINT-LOUIS.

Une des premières choses qui nous frappent en jetant les yeux sur l'énumération que nous avons faite précédemment, c'est qu'à Saint-Louis, au chef-lieu de la colonie, sur 15 chefs de service titulaires, il y a eu 4 morts, c'est-à-dire le 26,6 p. 100, chiffre réellement énorme dans tous les cas et qui paraîtra bien plus grand encore si nous le comparons à la durée d'exercice dans la colonie de ces officiers de santé.

En effet, si nous en exceptons Câtel, qui a gardé le titre de chef du service de santé du Sénégal pendant dix ans, ne prenant dans cet intervalle que deux congés de convalescence de près d'un an chaque fois, nous voyons que les médecins en chef qui ont passé plus de deux ans au Sénégal sont assez rares, le plus souvent ils y ont séjourné moins longtemps.

La liste suivante donne d'ailleurs des indications plus précises :

Quincé	a été chef de service pendant		36 mois.	
Calvé	—	—	24 »	
Câtel	—	—	96 »	en trois fois.
Thevenot	—	—	41 »	
Herpe	—	—	9 »	
Gautrau	—	—	8 »	
Salva	—	—	48 »	y est mort.
Marquiseau	—	—	18 »	—
Hombron	—	—	13 »	
Petit	—	—	16 »	
Le Petit	—	—	34 »	
Chassaniol	—	—	32 »	
Villette	—	—	21 »	
Moufflet	—	—	7 »	
Bérenger Féraud	—	—	12 »	
	Total. . .		415 mois.	

Moyenne du temps de séjour en comptant Câtel.... 27 mois.

Moyenne du temps de séjour sans compter Câtel.... 23 »

Nous trouvons donc, en comptant Câtel, que les chefs de service ont passé 27 mois en moyenne en fonctions, et comme Câtel a été

réellement une exception remarquable, nous pouvons ne pas en tenir compte un instant; ce qui nous porte à dire que la durée moyenne a été de 23 mois, et que néanmoins les chefs de service ont fourni pour un temps aussi court une moyenne de 26,6 p. 100 de mortalité.

On se demandera avec raison quelle est la cause de cette considérable mortalité et de cette brièveté de durée des fonctions de médecin en chef. Cette cause est facile à trouver : en effet, on n'arrive à cette position que lorsqu'on compte déjà de longues années de service. Or, dans la catégorie des médecins de la marine qui fournissent au cadre colonial, comme les années de service sont le plus souvent des années de séjour à la mer ou dans nos possessions coloniales intertropicales, c'est-à-dire dans les pays chauds et malsains pour l'Européen, il s'ensuit que les médecins en chef sont toujours arrivés au Sénégal dans un état de débilitation qui devait amener bientôt chez eux la maladie, sinon la mort.

Si on rapproche cette explication, dont on comprend la justesse, des exigences des règlements qui ont régi jusqu'à présent la médecine navale, on ne peut se défendre de penser que la condition de cette catégorie d'hommes, cependant si méritants, a été pendant fort longtemps bien triste.

Avant la réorganisation de 1865, ces médecins en chef du cadre colonial ne pouvaient, sous aucun prétexte, être appelés à servir en France. Ils devaient succomber à la peine ou se retirer. Les plus favorisés pouvaient obtenir ce qu'on appelle une bonne colonie : la Martinique, la Réunion, triste perspective pour celui que l'anémie ou l'hépatite avaient atteint sérieusement.

N'est-on pas pris d'un sentiment de pitié pour ces hommes distingués autant que dévoués qui, poussés par le sentiment de leur valeur réelle, par un désir très-légitime, du reste, d'avoir une position en rapport avec leur intelligence et leur savoir dans l'échelle hiérarchique, n'hésitaient pas à accepter un grade et une mission dont nul ne contestera la grande utilité pour le bien du service et qui, cependant, les excluait dès lors à jamais du séjour en France.

En 1865, le sort des médecins en chef du cadre colonial parut avoir été amélioré; un d'entre eux fut élevé au grade d'inspecteur et appelé à la résidence de Paris. En outre, le règlement spécifia que ceux qui auraient quatre ans de grade *et qui auraient été l'objet d'une proposition spéciale motivée par des services signalés pourraient* être appelés à servir dans le cadre métropolitain. Il semblait de prime abord que ce fût un grand progrès, l'espérance n'était plus défendue aux médecins en chef coloniaux; mais l'avantage fut-il

réel ? Combien, par exemple, de médecins en chef en profitèrent-ils pendant les dix ans que ce règlement resta en vigueur et furent rattachés au service des ports après quatre ans de fonctions et des services signalés : épidémies ou faits de guerre? Pas un seul ! Trois nominations de médecin en chef furent faites au cadre métropolitain, toutes trois furent en faveur de médecins principaux, pas un seul médecin en chef du cadre colonial ne fut assez heureux pour l'emporter.

Cet état de choses ne pouvait durer, on le comprend ; aussi dès le jour même de la mise en vigueur de la réorganisation de 1865, comme on sentait que le nouveau règlement était tout éphémère, on parla de le réviser. Or, une des premières choses sur lesquelles on fut d'accord en haut lieu fut d'établir un roulement entre les médecins en chef du cadre métropolitain et ceux du cadre colonial. On disait déjà, à cet époque, à l'autorité une chose parfaitement juste, c'est que cette combinaison était à désirer plus peut-être dans l'intérêt propre de l'Etat lui-même, que dans l'intérêt personnel.

Bien plus, disait-on, ces médecins en chef provenant des colonies, et étant habitués de longue main à soigner les maladies que les Européens contractent dans les pays chauds, on pourrait ajouter, avec raison, que les malheureux soldats et marins, qui rentrent dans nos ports atteints par les endémies coloniales, seraient les premiers à bénéficier de la mesure qui favoriserait les médecins coloniaux.

Le règlement de 1875 consacra d'une manière positive, on peut dire, ce principe qui avait été illusoire jusque-là dans ses applications ; en effet, il institua que les médecins en chef appartenant au service général séjourneraient alternativement en Europe et aux colonies d'après un tour de départ déterminé, assurant à celui qui a accompli une période de service tropical de ne repartir que lorsque tous ses camarades en auront fait autant. La mesure ne pouvait être plus équitable, aussi fut-elle accueillie avec une grande joie parmi les intéressés.

Mais comme les progrès sont toujours lents à s'accomplir dans ce monde, bien que les étapes soient nombreuses dans la voie des améliorations apportées à la position des médecins de la marine depuis quelques années, le règlement qui a édicté de si bonnes et si justes mesures, a laissé encore subsister quelques exceptions qui sont défavorables aux médecins en chef. Elles ne peuvent manquer d'éveiller la sollicitude du département de la marine.

CHEFS DE SERVICE DE GORÉE.

Si nous jetons un coup d'œil sur les chefs de service de l'hôpital de Gorée, nous voyons qu'à l'exception de Sandemoy-Dulac et de Thèze emportés par la fièvre jaune en 1837 et en 1859, tous ont vécu très-bien en général, n'ont pas pris de congés de convalescence. Quelle conclusion tirer de ce fait?

Ce que j'ai vu par ma propre expérience du climat et des conditions du service au Sénégal me fait dire qu'il y a là un des plus puissants arguments qu'on puisse invoquer en faveur de la nécessité de ne pas faire passer un temps trop long aux fonctionnaires dans la colonie du Sénégal.

On remarquera que, par le fait du roulement normal du personnel, les chefs du service de santé de Gorée sont des sujets qui arrivent de France et qui, par conséquent, résistent très-bien dans les premiers temps à l'influence du climat, car au Sénégal on le sait, c'est par la continuité du séjour qu'on devient malade. L'hépatite, l'anémie paludéenne qui y sont les maladies ordinaires, sont bien contraires à la fièvre jaune, en cela qu'elles atteignent les individus en raison directe de leur séjour dans la colonie.

Nous voyons par l'inspection comparative des deux listes de Gorée et de Saint-Louis, que très-souvent celui qui a été chef au Cap-Vert a fait là une sorte d'intérim après lequel il est allé à Saint-Louis, et c'est là aussi une cause puissante de maladie, une des raisons qui font que les chefs de service de Saint-Louis ont passé si peu de temps en fonctions.

En effet, bien que Gorée soit considéré comme un des pays les moins malsains de la côte d'Afrique, parce que la fièvre et la dysentérie y sont rares, il n'en est pas moins vrai que le foie s'y congestionne comme dans tous les pays de la Sénégambie, il devient malade d'une manière plus lente peut-être, mais aussi assurée et aussi grave, de sorte qu'après un ou deux ans les Européens qui y séjournent ont cet organe fâcheusement prédisposé. S'ils restent dans l'île pendant plus longtemps, ils sont souvent atteints assez sévèrement pour être obligés de rentrer en France. Dans quelques rares cas cependant, ils peuvent rester dans le *statu quo* pendant nombre d'années sans éprouver d'accidents, mais toujours, qu'on le remarque bien, parce qu'ils ne se déplacent pas et qu'ils restent exactement dans les mêmes conditions de milieu.

Mais si, lorsque le foie a été préparé à la maladie par un long séjour à Gorée, lorsqu'il a pris cette susceptibilité fâcheuse qu'on lui connaît dans les pays chauds, le sujet va au bas de la côte ou à

Saint-Louis, pays ou l'hépatite est beaucoup plus active, qu'on me passe le mot ; on le voit tomber en peu de temps et la maladie fait les progrès les plus rapides en même temps que les plus funestes.

Nous avons quelques exemples qui le montrent bien positivement : ainsi c'est Dupuis, par exemple, qui passe près de neuf ans à Gorée, rentrant en France de temps en temps en convalescence, mais pouvant néanmoins continuer à faire son service ; il reçoit l'ordre d'aller au Gabon et, sachant ce que je dis ici, il demande aussitôt sa retraite. Cependant dans l'intervalle de la liquidation, il est obligé de se rendre à son poste. Six mois lui suffirent, il y contracta un abcès du foie dont il a fini par mourir.

Vincent fit la même chose. Menu-Dessables, qui avait aussi passé la majeure partie de son temps au Cap-Vert, prend sa retraite pour Saint-Louis et y succombe un an après. Salva, qui semblait supporter très-bien le climat de Gorée, fut atteint aussi d'abcès du foie à Saint-Louis, il prit un congé de convalescence de 18 mois, puis pensa pouvoir retourner au Sénégal ; il était mort de cet abcès du foie moins de huit mois après. J'en pourrais citer dix autres qui ont été dans un cas analogue.

On comprend que l'autorité ne peut pas plier le service et le règlement à des nuances de précautions aussi minutieuses qui n'appelleraient pas à St-Louis ceux qui ont servi à Gorée, mais on remarquera que cette précaution de ne pas envoyer à Saint-Louis, même avec de l'avancement, l'officier de santé qui a passé déjà un certain temps à Gorée deviendrait inutile, si on abaissait la durée du temps colonial du Sénégal à deux ans. Pendant cette période relativement courte, l'individu est toujours assez valide pour aller là ou les besoins du service le commandent et lorsqu'il rentre en Europe, il est remis en santé bientôt après, au lieu d'avoir besoin comme celui qui a passé un temps trop long sous le ciel inclément du Sénégal, de demander des prolongations de congé plus ou moins répétées.

Dans cet ordre d'idées, il n'est guère possible de fournir des chiffres comparatifs, mais heureusement le raisonnement fait si bien comprendre les affirmations qui sont avancées, qu'il est inutile d'insister plus longuement pour faire admettre que l'état tirerait, autant que les intéressés, un avantage incontestable de la mesure qui diminuerait le temps de séjour des officiers de santé au Sénégal.

PHARMACIENS CHEFS DE SERVICE.

La liste des pharmaciens chefs de service est de vingt-deux, comme nous l'avons vu, et compte cinq morts, c'est-à-dire, le 23 p. 100 et quatre convalescents. De pareils chiffres se passent de commentaires

et ceux qui connaissent le port de Toulon ne trouveront pas que j'exagère en disant que la position est dangereuse, pour la vie souvent, pour la santé toujours ; parce qu'ils se souviendront de notre infortuné camarade Mittre, revenant aveugle du Sénégal, et de Décugis, atteint assez sévèrement pour être obligé de réclamer sa mise en non-activité.

Pour l'âge et l'ancienneté dans la colonie, ces pharmaciens sont comparables aux médecins de Gorée ; d'ailleurs, ils trouvent leur situation supportable à la pensée qu'ils sont compris dans la catégorie de ceux qui n'ont que deux ans de période coloniale à accomplir.

OFFICIERS DE SANTÉ EN SOUS-ORDRE.

La liste alphabétique que j'ai donnée précédemment des médecins qui ont été en service au Sénégal, me dispense d'entrer dans de longues considérations au sujet des médecins en sous-ordre. Néanmoins il n'était pas indifférent de rechercher à quelle époque de la période coloniale était survenue la mort des médecins qui ont succombé au Sénégal.

Voici les chiffres que j'ai trouvés : Sur cent morts :

29 p. 100	appartiennent à	la première année.
39 p. 100	—	la deuxième année.
24,5 p. 100	—	la troisième année.
8,5 p. 100	—	la quatrième année.

En abaissant à deux ans la période coloniale, on doit avoir diminué, dans la proportion de 32 p. 100, la mortalité des officiers de santé de la colonie, chiffre vraiment très-beau, s'il est exact ; ce que l'avenir nous dira.

Il y aurait un moyen sur l'efficacité duquel j'ai grande confiance pour diminuer encore sensiblement cette mortalité, en même temps qu'il abaisserait très-notablement le chiffre des incapacités de service, congés de convalescence et mises en disponibilité. Ce serait d'établir que les médecins qui ont fait un tour de service dans les postes ont fini leur période coloniale et rentrent en France aussitôt. Cette mesure paraît de prime abord compliquée et onéreuse, il ne me sera pas difficile de démontrer le contraire. On sait que, dans la pratique, le médecin en sous-ordre qui arrive au Sénégal est placé à la queue de la liste de départ pour les postes ; il sert donc six ou huit mois d'abord dans les hôpitaux centraux, condition très-favorable parce qu'elle acclimate l'individu en même temps qu'elle le familiarise avec les maladies du pays. Quand le tour de service

dans les postes, qui est d'un an, est accompli, le médecin a 19 à 21 mois dans la colonie, et doit y rester encore trois mois aux termes du nouveau règlement, mais quel service fait-il pendant ce temps? Aucun. Trop souvent il occupe un lit à l'hôpital; dans aucun cas, il ne peut être employé à des fonctions actives et quelque peu pénibles. En un mot, il compte au cadre comme une unité, tandis qu'en réalité, il ne rend pas les services qu'on pourrait attendre de lui.

En renvoyant ainsi les médecins qui ont accompli un tour de service, on diminuerait d'autant la mortalité de la seconde année et en somme le congé de convalescence serait expiré ; c'est-à-dire que l'officier de santé serait remis sur pied au moment où, dans l'état actuel des choses, il arrive à peine en Europe et on sait combien les maladies des pays chauds s'améliorent vite quand on les a prises à temps. Nul doute qu'en épargnant ainsi à quelques individus deux ou trois mois de séjour dans la colonie, on ne diminuât très-sensiblement les causes d'incapacité ultérieure de service.

Près du cinquième du cadre rentre en France avec un congé de convalescence et qu'on n'aille pas croire que c'est la faveur qui le leur accorde; on sait bien que, dans le corps de la médecine navale, on tient à honneur de remplir la mission et toute la mission qui est confiée. Il est d'ailleurs de notoriété que nous sommes très-parcimonieux pour les congés, et trop souvent il faut que le sujet soit deux fois malade pour que lui ou ses chefs songent à le relever de ses obligations. On devine le nombre d'infirmités précoces et de morts prématurées que ces 18.5 p. 100 de convalescents représentent.

Ce chiffre de 18.5 p. 100 ne représente que ceux qui ont été terrassés par la maladie avant l'expiration de leur période coloniale, car les 60 ou 80 p. 100 des officiers de santé qui reviennent du Sénégal sont obligés de prendre un temps de repos pour leur santé. Ce dernier chiffre diminuera sensiblement, grâce à la mesure qui abaisse à deux ans la période coloniale, et si on arrivait à considérer cette période coloniale comme achevée quand le tour de corvée est accompli, on verrait diminuer parallèlement aussi la fréquence et la longueur de ces congés de convalescence.

CONCLUSIONS

Dans les conditions où nous sommes placé en écrivant cette histoire du personnel médical de la colonie du Sénégal, de 1819 à nos jours, c'est-à-dire dans notre position de membre en activité de service d'un corps organisé, il ne saurait y avoir dans notre esprit aucune pensée de critique ou de récrimination. Aussi n'est-ce point dans le but de montrer directement ou indirectement que la fraction du corps médical qui nous occupe est plus ou moins bien partagée que telle autre; que les récompenses, les faveurs, les rémunérations sont ou ne sont pas en rapport avec les dangers courus, les souffrances supportées. Non : le sentiment inné de la discipline que nous avons tous dans la médecine navale et qui n'est d'ailleurs que le reflet de l'esprit général de la marine française, nous interdirait tout parallèle qui pourrait avoir l'ombre de la critique, de la plainte, ou de l'acrimonie, si nous avions envie de l'établir, ce qui n'est pas, nous le répétons encore.

C'est une idée plus élevée qui nous domine : celle de faire ressortir, pour le respect et la considération que l'on doit aux services rendus, la gravité des dangers courus par ces laborieux et modestes serviteurs de l'Etat, qui viennent d'année en année soutenir la charge du service dans ce triste climat du Sénégal.

C'est parce que j'ai été pénétré d'un sentiment d'admiration pour mes subordonnés, que j'ai vus toujours marcher au danger d'un œil tranquille et d'un cœur sourd aux défaillances; pour mes camarades, que j'ai vus affronter le péril avec un entrain qui doublait leur mérite, parce qu'il rassurait les troupes et les équipages qui les environnaient.

C'est parce que j'ai été frappé d'un sentiment d'admiration plus grand encore pour nos prédécesseurs qui ont supporté les mêmes misères, les mêmes souffrances, les mêmes dangers dans de moins bonnes conditions, s'il est possible, que j'ai voulu dresser, comme un hommage de ma sympathie, cette liste du personnel médical de la colonie du Sénégal.

Cette liste aura pour objet de retenir leur nom pendant quel-

ques instants de plus dans la mémoire de nos contemporains et de nos successeurs. Quand on a sacrifié tout son bien-être, presque toujours la santé, souvent la vie pour accomplir une œuvre utile, il est juste que votre nom ne s'éteigne pas avec votre souffle, que votre exemple ne soit pas perdu avec votre dernier soupir, alors que votre génération est encore en pleine activité.

C'est pour cela que j'ai recueilli un à un les noms des officiers de santé qui ont servi au Sénégal de 1819 à 1873, écrivant ainsi une page de l'histoire de la médecine navale de notre pays. Que mes collègues des autres colonies accomplissent la même tâche pieuse; que les chefs du service de santé de chacun de nos ports de France imitent cette généreuse pensée, et nous aurons bientôt notre *livre d'or* sur lequel seront inscrits souvent des actes de courage, toujours une manifestation admirable de dévoûment et de zèle pour le bien du service et la vie des contemporains dont nous avons la charge morale pendant les campagnes de mer, les expéditions de guerre, comme pendant le service colonial.

Le soldat qui marche au combat porte sur son drapeau l'indication des dates et des lieux où son régiment a fait preuve de dévouement ou de courage. — Nous autres, modestes pionniers de la science et de la civilisation, nous aurons ainsi une bannière sur laquelle nos titres de noblesse seront inscrits. C'est en la montrant avec orgueil que nous dirons à ceux qui nous suivront : Donnez une pensée de sympathie à vos prédécesseurs, car ils étaient aussi dévoués que vous l'êtes. Ils avaient autant que vous l'amour de la patrie et du devoir, et souvent peut-être se sont-ils trouvés dans de moins bonnes conditions matérielles, puisque le bien-être de tous les jours va en s'améliorant partout.

Disons à notre chère et belle France qui, malgré ses malheurs, l'injustice et l'acrimonieuse jalousie de ses ennemis, est toujours la première dans la voie du progrès du monde et de l'amélioration des hommes : Mère, voilà ce que nos aînés ont fait, nous en ferons autant quand tu nous le commanderas.

En attendant, les médecins du cadre actuel du Sénégal, jaloux d'imiter leurs prédécesseurs, accomplissent ce devoir avec un entrain et une conscience qui ne connaissent ni la plainte ni la défaillance. Ils ne laissent pas déchoir, dans leurs mains, la réputation de dévoûment et de savoir qu'une longue série d'années a mérité à leur corporation. Et moi, que les circonstances ont appelé à un moment de ma vie à la tête des médecins sénégalais, je leur disais en les quittant, vaincu par l'influence funeste d'un climat inclément, et cependant attristé de ne pouvoir continuer à porter

cette charge devenue trop lourde pour un malade; je leur répète aujourd'hui encore bien volontiers, que le souvenir le plus flatteur qui me restera des diverses périodes de ma carrière sera celui de mon temps de médecin en chef de la colonie du Sénégal.

Malgré toutes les difficultés de la vie, toutes les privations, toutes les atteintes de la maladie, rien ne m'aura été plus agréable que l'honneur de commander à ces braves gens qui peuvent, avec un orgueil chèrement acheté, dire à nos glorieux ancêtres : Nous avons souffert, nous avons lutté avec courage et énergie comme vous. A nos successeurs : Faites comme nous, vous serez plus heureux peut-être, mais vous ne nous dépasserez pas en dévoûment pour les malades, en zèle pour le service, en amour pour la patrie. Enfin au pays, ce que disaient les gladiateurs de l'antiquité en entrant dans l'arène : *Ave, Cesar, morituri te salutant.*

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE SECOND VOLUME

Pages

DEUXIÈME PARTIE.

TROISIÈME PARTIE.

TABLE DES TABLEAUX STATISTIQUES

CONTENUS DANS LES DEUX VOLUMES.

TOME PREMIER

TOME SECOND

TABLE DES OBSERVATIONS CLINIQUES

CONTENUES DANS LES DEUX VOLUMES.

TOME PREMIER

TOME SECOND

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LES DEUX VOLUMES.

A

B

C

D

G

L

M

Q

R

S

T

U

V

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE ET DU DERNIER VOLUME.

PARIS. — IMPRIMERIE VICTOR GOUPY, RUE DE RENNES, 71.